

00921
44



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE CONSULTORIA EN ATENCION
OBSTETRICA DE BAJO RIESGO**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

P.S.S. ROCIO CUEVAS PEREZ

DIRECTORA DEL TRABAJO: LEO. ROSA A. ZARATE GRAJALES.



MEXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE SALUD

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Agradecimiento.

Es poco decir gracias, si se tiene la maravillosa oportunidad de vivir con tantas bendiciones como en mi vida y es tan importante valorar esta palabra y sentirse en verdad agradecido, que no encuentro la forma más adecuada para transmitir mi gratitud. Se que esta vía es la más común pero no por eso la resto de importancia.

A mis Padres: Por darme la oportunidad de existir y por su apoyo incondicional, reciban estas líneas como el más humilde homenaje; y estímulo para seguir adelante y muestre que sus sacrificios no fueron en vano.

A mis Hermanas: Por la convivencia, verdades y paciencia para con este integrante del equipo. Un equipo de **campeonas.**

A mi Familia: Mi Esposo y mi futuro hijo, por su paciencia, comprensión, apoyo y tiempo para la realización de este trabajo.

A todos los profesores que de una u otra manera colaboraron para la realización de este trabajo.

GRACIAS.

INDICE.

1.	Introducción	5
2	Objetivos Generales.	6
3.	Objetivos Particulares.	6
4.	Marco de Referencia	7
4.1	Manuales administrativos y su clasificación.	7
4.2	Marco Legal para la Consultoría de Bajo Riesgo.	8
4.3	Recursos de Consultoría	10
4.4	Conceptualización de Enfermería.	11
4.5	Formación del L.E.O.	12
4.6.	Conceptualización y Objetivos de la Enfermería en la Atención Obstétrica en la ENEO.	13
4.7.	Perfil del egresado.	14
4.8.	Código de Ética en Enfermería	15
4.9.	Derechos del Paciente.	16
5.	Intervención de Enfermería en la Planificación Familiar. (Métodos de Planificación Familiar).	17
5.1.	Ciclo Menstrual, Aparato Reproductor femenino <anatomía>).	25
6.	Intervención de Enfermería en la promoción de la Atención Prenatal.	29
7.	Intervención de Enfermería en la Atención del Embarazo Planeado.	31
8.	Intervención de Enfermería en la Atención Obstétrica de Bajo Riesgo.	34
9.	Embarazo.	38
9.1	Cuadro Clínico, Formas de Dx. .	
9.2	Desarrollo del Embarazo. (mes por mes).	39
9.3.	Exploración Física.	39

10.	Intervención de Enfermería en el Modelo y Valorización del Enfoque de Riesgo.	48
11.	Intervención de Enfermería en las complicaciones durante el Embarazo.	54
11.1.	Patologías de mayor frecuencia en la Embarazada en México.	
11.2.	Formas Clínicas del Aborto, Diagnóstico y Tratamiento.	60
11.3.	Signos de Alarma durante y después del Embarazo	68
11.4.	Tóxicomanías en el Embarazo	69
12.	Intervención de Enfermería en la Preparación para el Parto y Lactancia Materna.	71
12.1	Lactancia Materna y Preparación de los senos para la Lactancia.	71
12.2.	Psicoprofilaxis o Método Lamaze,	73
13.	Intervención de Enfermería en la atención del puerperio del binomio.	76
14.	Anexos.	78
15.	Bibliografías.	80

la Dirección General de
se difundir en formato electrónico
atendido de mi trabajo

NOMBRE:
Cecilia Pérez Rosco
7 Mayo 20
[Firma]

I. INTRODUCCIÓN

En el presente manual se integra la información que necesita el Licenciado en Enfermería y Obstetricia para realizar la práctica de consultoría independiente en la atención Obstétrica de bajo riesgo.

Este manual esta dirigido a los Licenciados en Enfermería y Obstetricia ya que pretende contribuir a cubrir la necesidad de sistematizar las acciones en la práctica independiente en la Consultoría Obstétrica de Bajo Riesgo.

En el interior del manual se desarrollaron temas que fueron estratégicamente escogidos en base de un criterio de índices de morbi-mortalidad Materno Infantil de México. Procurando cubrir las necesidades primordiales que el L.E.O. puede encontrar a menudo en el ejercicio libre de la profesión, así como también las normas, leyes y tramites administrativos que debe de cumplir para en la consultoría privada.

2. OBJETIVOS GENERALES.

- Definir las Intervenciones del cuidado de Enfermería para la práctica independiente en la Consultoría Obstétrica de Bajo Riesgo.
- Difundir el presente documento como estrategia de capacitación del egresado que se inicie en la Consultoría Obstétrica, contar con un instrumento administrativo y legal que guíe las acciones de consultoría Obstétrica en ejercicio libre de la profesión.

3. OBJETIVOS PARTICULARES.

- Propiciar que la atención Prenatal se otorgue por los profesionales de Enfermería y Obstetricia de manera sistematizada.
- Contribuir a la disminución de la Morbi-Mortalidad Materno Infantil.
- Contribuir en la elaboración de normas para la atención obstétrica de Bajo Riesgo.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1. MANUALES ADMINISTRATIVOS Y SU CLASIFICACIÓN:

Unos de los métodos más comunes dentro de la práctica de Enfermería es el manual, ya que por medio de este se sistematiza un procedimiento o una actividad que permita uniformidad en el cuidado de los pacientes. (1)

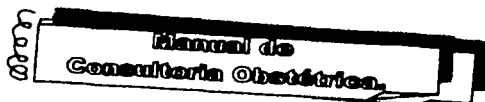
El significado de manual es la organización estructural y funcional de alguna actividad o de un procedimiento. Los manuales más usados por el personal de Enfermería son los de Organización, de Bienvenida y de procedimientos. (2)

Se clasifican según su objetivo y finalidad:

Manual de Organización: Es una organización estructural que nos ayuda a jerarquizar Órganos Administrativos dentro del campo laboral.

Manual de Bienvenida: Son los pasos en orden cronológico de bienvenida a un sector escolar, pláticas, de inducción al puesto, etc.

Manual de Procedimientos contiene la descripción de los procedimientos generales y/o específicos necesarios de departamento, unidad o de un servicio determinado con el objetivo de unificar criterios de atención, trabajo y de reglamentar estos.



- 1) 19.Servicio Social y Tramites de ... p.p.14.
- 2) 4.Diccionario Larousse...p.p.1084

4.2. MARCO LEGAL PARA LA CONSULTORIA DE BAJO RIESGO.

Para que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia tenga la Oportunidad de llevar a la práctica la consultoría en un ámbito privado, es importante que cumpla con leyes y normas de la Ley General de Salud.

Ley General de Salud 2000. Establece que las personas que opten por dar atención obstétrica de bajo riesgo deben de cumplir con:

- Reglamento de la comisión interinstitucional del cuadro básico de consumo.
- Acuerdo **número 9** por el que se crean los comités internos para el cuadro básico de insumos del sector salud de medicamentos, equipo e instrumental médico, material de curación y material de información científica de la secretaria de salud.
- Acuerdo **número 79** relativo a la aplicación, instrumentación y actualización manual, para la referencia y contra referencia de pacientes y envía de muestras y especímenes.
- Acuerdo **número 127** por el que se crea el comité para el estudio de la mortalidad materna y perinatal.
- Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (Ley General Salud 2000).

- Artículos 1º, 2º, 3º., fracción I, 27, fracción III, 32, 33, 45, 47, 100, 313 a 350 y demás relativos de la Ley General de Salud.

- **S.A.A.** Reportar sobre la ubicación del consultorio. Para realizar el acuerdo por el que se dan a conocer las formas oficiales para solicitud de licencia sanitaria.
- Artículo 14 y 39 de la “ley Orgánica de la Administración Pública Federal”.
- Artículo 368, 396, 371, 372 y 373 de la Ley General de Salud.
- Artículo 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, fracciones I y XXIV, 9º, y 27 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Cumplimiento de las Normas Oficial Mexicana.

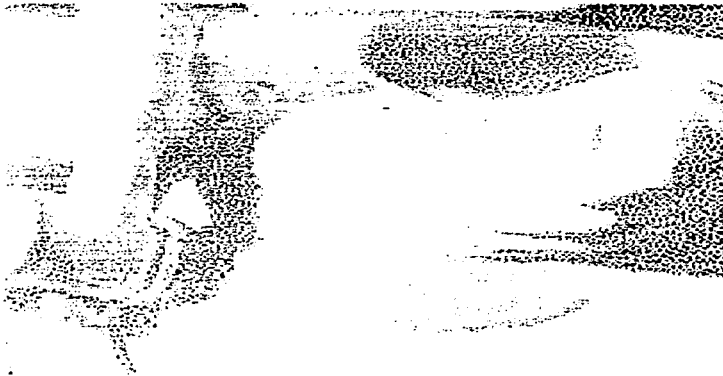
- ECOL 087-1993 “ Manejo de residuos biológicos – infecciosos”.
- NOM – 007 – SSA2 1993.” Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio ”.
- NOM 005 – SSA2 – 1993.” Los Servicios de Planificación Familiar”.

4.3 RECURSOS DE CONSULTORÍA.

Una vez instalado el consultorio es necesario establecer el sistema de referencia.

- A) **Laboratorio Clínico:** para dirigir al paciente cuando se solicitan estudios de laboratorio.
- B) **Instalaciones de 2º. Nivel de Atención:** para interconsulta o referencia de pacientes según gravedad o riesgo.
- C) **Medios de comunicación:** teléfono fijo o celular, localizador personal, etc.
- D) **Instalaciones de Urgencias:** Establecimiento de recepción en caso de urgencias ya sea en locaciones hospitalarias más cercano al consultorio.

(3)



3) 17. REEDER Enfermería Mat... 235-295p.p.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. 4. Conceptualización de Enfermería.

La disciplina de Enfermería tiene muchos conceptos considerándose entre ellos la práctica de un arte, una técnica; estas dudas han surgido por que aún en nuestros días no sea llegado a una conclusión de las funciones que puede desempeñar; además que con el paso del tiempo surgen nuevas necesidades, en cuales Enfermería se ha adaptado en sus funciones creando así nuevas especialidades. En los siguientes conceptos se denota como estas definiciones han cambiado dependiendo del tiempo, el lugar y las necesidades del momento.

“ La Enfermería consiste primordialmente en ayudar a los individuos enfermos o sanos en aquellas necesidades que contribuyan a la salud, o a su recuperación (o una muerte pacífica), las cuales efectúan sin ayuda cuando tiene la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios; la Enfermería también ayuda a los individuos a llevar a cabo los tratamientos prescritos y a poder independizarse tan pronto como sea posible “. (4) (5)

“ Los médicos y enfermeras deben trabajar eficiente, como colegas naturales...lo que Enfermería tiene que hacer en cualquier caso, es poner al paciente en la mejor condición posible para que la naturaleza actúe sobre él...” Florencia Nightingale 1919.(6)

“ La Enfermería es un arte a cultivar... Es la expresión de actividades y una dirección calificadas, a interpretar, a través de la acción, los hallazgos de las ciencias médicas y sociales; en relación de las enfermedades, su cuidado, su curación y prevención, incluyendo todos los factores personales y ambientales que tienen como influencia sobre el logro

4) 9.HENDERSON Col... p.p. 15, 16 y 17.

5) 10. Folleto ICN...

6) 9. op cit p.p. 16.

del objetivo deseado, o sea, un individuo sano...” W.S. Thayer 1919.

“ El propósito de Enfermería es proporcionar la ayuda que requiere un paciente para poder satisfacer sus necesidades (a través de un procedimiento)...” Ida Jean Orlando 1961. (7)

“ En una forma sencilla la s enfermeras cuidan de la gente, se preocupan por ella y usan su experiencia para ayudarla a ayudarse así misma... Conforme las enfermeras desarrollan sus hábiles para hacer juicios clínicos e intervenciones apropiadas, avanzan por cinco niveles de competencia. Comienzan como una novicia, progresan a ser principiantes avanzadas y luego a enfermeras competentes, hábiles y al final, expertas...” Benner 1984. (8)

Para la cual concluimos que la Enfermería es:

La Profesión que se dedica a cuidar, prevenir y/ o dar atención a la salud o al bien morir, ayudando en lo posible teniendo como objetivo la calidad de vida del paciente, tomando en cuenta sus tres esferas bio-psico- social.

4. 5. FORMACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA E.N.E.O.

La Formación que tiene un egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia tiene gran nivel de capacitación, ya que dentro de su formación multidisciplinaria, como son: Enfermería, Anatomía, Fisiología, Farmacología, Ecología,

7) 15.OLDS,Enf... p.p.3.

8) 9. op cit p.p.16, 17.

Socioantropología, Nutrición etc. que van acorde dentro de las esferas de un individuo Bio- Psico-Social; tiene una gran gama para incursionar en el ámbito laboral. Además el nivel académico que se obtiene es reconocido a Nivel Nacional.

4. 6. CONCEPTUALIZACIÓN Y OBJETIVO DE LA ENFERMERÍA EN LA E.N.E.O.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA.

“ Es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potenciales para la vida”. (9)

LA ENFERMERÍA EN LA E.N.E.O.

El ser Enfermero adquiere un compromiso de disposición general, “ en la conducta... en las relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan los servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades personales”. (10) Pero ser un egresado de la E.N.E.O.-U.N.A.M. adquiere aún un compromiso más grande ya que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene un nivel académico de importancia y de trascendencia en la Nación. Por lo cual la Enfermería en la E.N.E.O. es el reflejo fiel de su perfil ya que cuanta con la capacitación multidisciplinaria que favorecen al cuidado del paciente en distintas etapas que hacen que sea capaz de enfrentarse a los problemas de la población.

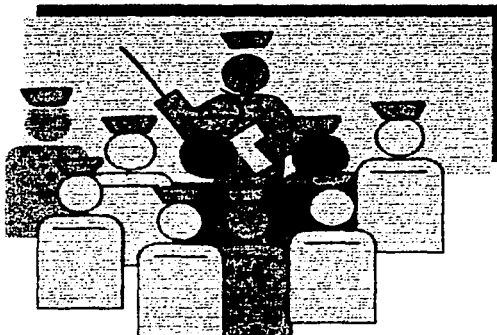
9) 3.Código de ética ...p.p.14

10) 6.Plan de Est..p.p.9 y 10

4. 7. PERFIL DEL EGRESADO.

El perfil de egresado tiene como primer propósito formar profesionales útiles para la Sociedad Mexicana, por lo cual este manual de procedimientos favorecerá que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia pueda ejercer independientemente y trabajar directamente con la población. Y al poder comprender, interpretar, diseñar y aplicar diseños preventivos sobre la identificación de riesgo multifactorial dentro del círculo familiar, esta capacitada para proporcionar, cuidado y atención en los tres niveles de salud.

(11) (12).



- 11) 3. op.cit ...p.p.14
12) 6. op.cit p.p.9 y 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. 8. CÓDIGO DE ÉTICA EN ENFERMERÍA.

La Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de innovación y calidad interinstitucional de Enfermería concluye en Agosto del

2001, el Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, el cual unificó criterios de ética con contribuciones de Enfermería del todo al país desde Escuelas, Facultades Asociaciones, Hospitales, Institutos, etc. de México y de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.

En el cual menciona los deberes de las enfermeras para con las personas, como profesionistas, para con sus colegas, para con su profesión y para con la sociedad.

Por lo cual enfermería se compromete a :

1. “Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas”.
2. “Proteger la integridad de la personas ante cualquier afectación otorgando cuidados de enfermería libre de riesgos”.
3. “Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes se atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas”.
4. “Asumir su responsabilidad como miembro del equipo de salud enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño”.
5. “Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros”.
6. “Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas , sujeto de la atención de Enfermería como para quienes conforman el equipó de salud”.

(13)

7. "Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería".
8. "Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional".
9. "Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio".
10. "Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales."(14)

4. 9. DERECHOS DEL PACIENTE.

1. "Recibir atención médica adecuada".
2. "Recibir trato digno y respetuoso".
3. "Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz".
4. "Decidir libremente sobre su atención".
5. "Otorgar o no su consentimiento válidamente informado".
6. "Ser tratado con confidencialidad".
7. "Contar con facilidades para obtener una segunda opción".
8. "Recibir atención médica de Urgencia".
9. "Contar con expediente clínico".
10. "Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida." (15)

14) 3. op. cit ...p.p.14

15) 22. Decreto de Crea...p.p.2,3,4 y 13.

5. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Concepto:

- Es la acción de Enfermería en la Promoción y en la Aplicación de los Métodos de Planificación Familiar.

Objetivo:

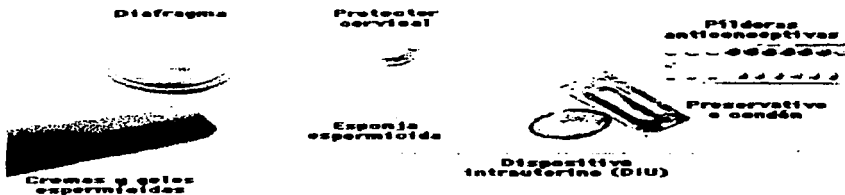
- Dar a conocer en la comunidad los distintos métodos de Planificación Familiar.
- Disminuir el índice de Embarazo no deseado.
- Seleccionar el Método de Planificación más efectivo según sea el caso.
- Identificar los riesgos que tienen los Métodos de Planificación Familiar.

Principios:

Los métodos de planificación Familiar se dividen en:

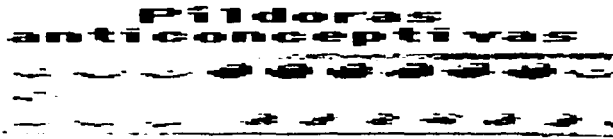
Temporales:	Hormonales: orales, inyectables y subdérmico DIU (Dispositivo Intrauterino). De barrera y Espermatocidas.
Definitivos:	Naturales o de abstinencia periódica. OTB (Oclusión Tubárica Bilateral). Vasectomía.

(16)



MÉTODOS HORMONALES ORALES.

Son tabletas que tienen de ingrediente principal hormonas como: gestodeno, etinilestradiol, estradiol, levonogestrel, mestranol, norgestrel, etc. (17)



Farmacocinética y Farmacodinámica:

Evita por la elevación de estrógenos en la mujer, por lo cual el óvulo no fecunda, el útero evita modificaciones necesarias para su anidación y cambia el moco cervical dificultando el ascenso de los espermatozoides. Su absorción es rápida y los niveles plásmaticos son de una hora. La eliminación es por riñón e hígado.

Indicaciones:

➤ Mujer que inicia su vida sexual activa.

Indiferente ciclo menstrual.

(18)

Acciones de Enfermería:

➤ Valoración del paciente: Interrogatorio sobre sus antecedentes Ginecológicos y realizar exploración Física.

➤ Diagnóstico (Persona con ciclo menstrual regular o irregular con o sin riesgos.)

➤ Planeación y Orientación sobre al Método de Planificación Familiar.

➤ Firma de consentimiento del paciente.

➤ Ejecución.

➤ Evaluación y programación del control de citas.

(19)

17) 17. REEDEER Enf...p.p.1345.

18) 16. PLM Ed...CD ROM.

19) 17.op. cit.p.p.1346.

Prescripción:

Dosis: Presentación de 21 tab: tomar una tableta cada 24 hrs. Hasta terminar y dejar pasar 7 días para iniciar otro ciclo.

Presentación de 28 tab: tomar una tableta cada 24 hrs hasta terminar). Al siguiente día si se desea iniciar otro ciclo. (es continua por que tiene 7 placebos).

Contraindicaciones: En sospecha de Embarazo, embarazo, lactancia, personas con alteraciones hepáticas o renales.

Marcas Comerciales: Gynobin, Microgynon. Eugynon . (20)

MÉTODOS HORMONALES INYECTABLE.

Cada ampula contiene estrógenos y/o derivados de absorción rápida y los niveles plásmaticos son de una hora, su efectividad es de 30 a 32 días. La eliminación es por riñón e hígado.

**Farmacocinética y Farmacodinámica:**

Igual que en la forma oral sólo que como su administración es de microdosis la vida media de la hormona es prolongada.

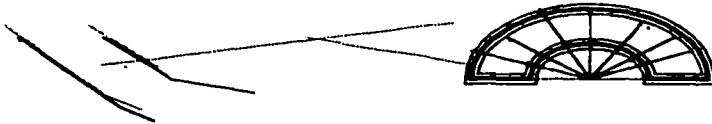
Dosis: Aplicar el 1º 2º día de regla y continuar después de cada 30 días. Presentación: Ampula con jeringa.

Contraindicaciones: En sospecha de Embarazo, embarazo, lactancia, personas con ciclo menstrual regular personas con alteraciones hepáticas o renales.

Marcas Comerciales: Ciclofenina, Noretisterona. (21)

MÉTODO HORMONAL SUBDÉRMICO.

Método temporal, de acción prolongada que contiene 6 cápsulas de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal que segregan 30 mg diarios de levonorgestrel, su aplicación es subdérmico, su aplicación es en el brazo izquierdo y si es zurda el paciente en el contrario con técnica quirúrgica. Su efectividad es arriba del 99% su duración puede ser de aproximadamente de 5 años para la cual si el paciente lo requiere se necesita la remoción del método.



Farmacocinética y Farmacodinámica:

Igual que en la forma oral sólo que como su administración es de microdosis ya que la cápsulas segregan dosis diarias haciendo que la vida media de la hormona sea prolongada.

Indicaciones:

- Mujeres en edad fértil que deseen un método de planificación de larga acción.
- Antes del primer embarazo.
- Mujeres con o sin lactancia.
- Posaborto.

(22)

Acciones de Enfermería:

- Valoración del paciente: Interrogatorio sobre sus antecedentes Ginecológicos y realizar exploración Física.

Diagnóstico (Persona con ciclo menstrual regular o irregular con o sin riesgos.)

- Planeación y Orientación sobre el Método de Planificación Familiar.
 - Firma de consentimiento del paciente.
 - Ejecución. Por Ginecólogo.
- Evaluación y programación del control de citas

(23)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO. (DIU).

Material:

Equipo de DIU.

- Dispositivo Intrauterino en presentación de T de cobre.
- Histerómetro
- Espejo vaginal estéril.
- Tijeras y 1 pinza de Allis estériles.
- Guantes estériles

(24).

Duración:

Hasta 5 años con revisión cada año o según como se considere en el caso.

Indicaciones :

- Aplicación al 2º día de regla o en el 40º día del puerperio.
- Durante la Lactancia.
- Baño completo.

Contraindicaciones:

Pacientes con matrorragias.

Técnica:

- Explicar al paciente sobre el método anticonceptivo y solicitar su firma de consentimiento sobre el mismo.
- Lavado de manos.

23) 17. REEDER Enf... p.p..1345.

24) 17. Iden. p.p.95.

- Mujeres con o sin lactancia.
- Multiparas.
- Después de tres Cesáreas. (Por seguridad de la madre).

Acciones de Enfermería:

- Valoración: Interrogatorio sobre sus antecedentes ginecológicos.
- Diagnóstico.
- Solicitar la firma de consentimiento sobre el MPF.
- Realizar exploración Física.
- Planeación citas de control, para dar atención al paciente con MPF.
- Preparar al paciente con estudios de Pre-operatorio.
- Ejecutar interconsulta con el Ginecólogo o Médico Cirujano para la práctica de la OTB.
- Dar Plan de Atención Pos-operatorio:
 - Dieta hipolípida y rica en fibras.
 - Mantener la herida limpia y seca.
 - Vendaje abdominal.
 - Baño Diario completo.
 - Puerpera (no suspender Lactancia Materna).
 - Retiro de puntos a los 8 días. (28)

Fármacos :

- | | |
|----------------|---|
| Analgésicos .- | Ketorolaco de 10 mg. V.O.
1 c/ 8 o 6 hrs. En caso de dolor. |
| | Paracetamol de 500 mg. VO
1 c/ 8 o 6 hrs. En caso de dolor.(29) |

- Evaluación.

28) 17. Iden. p.p..1345.

29) 16.PLM Ed Mex...CD ROM.

Métodos Anticonceptivo.-**Vasectomía.**

Método de planificación Definitivo quirúrgico para el hombre, que evita el paso del líquido seminal a la uretra.

Indicaciones:

Hombres con paridad satisfecha.

(30)

Métodos de Barrera y espermaticidas

Son métodos que se ocupan para formar una barrera y evitar la fecundación.

Ejemplos: Diafragma, Condón, Ovulos y Gel espermaticidas.

- Dar Orientación sobre al Método de Planificación Familiar.
- Programar consulta de control.

(31)(32)

30) 17. REEDER Enf... p.p., 1345.

31) 16. PLM Ed Mex... CD ROM.

32) 14. Norma Of. Mex. ...

Acciones de Enfermería

- Dar Orientación sobre al Método de Planificación Familiar.
- Solicitar la firma de consentimiento sobre el MPF.
- Realizar exploración Física.
- Programar interconsulta con urólogo o con Médico Cirujano.
- Preparar al paciente con estudios de Pre-operatorio.

Técnica:

Diafragma.-Se coloca antes del acto sexual, a través del introito vaginal hasta llegar al cervix el cual se cubrirá con al diafragma.

Condón.-Se coloca cuando el pene esta erecto, se abre con cuidado de no rasgar el preservativo, se oprimen con las lemas de los dedos para tratar de sacar el aire que se encuentra en la punta y manteniéndolo así se coloca en el pene y se desenrolla. Sólo se ocupa una sola vez.

Ovulos espermaticidas.- Se coloca a través del canal cervical hasta llegar al cervix y

Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica

Son los métodos que se pueden llevar con relación al ciclo menstrual de la mujer.

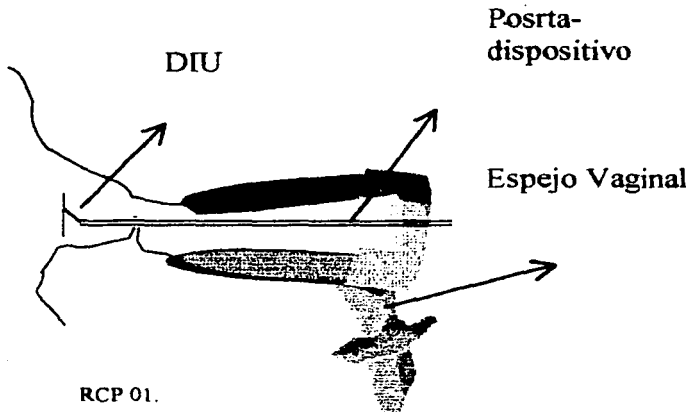
Ejemplo: Ritmo y Coito interrumpido

ahí se deposita. Se coloca horas previas dependiendo de la marca del producto.

- Dar Orientación sobre al Método de Planificación Familiar.(sobre su poca efectividad)
- Programar consulta de control.

(33) (34) (35)

- 33) 17. REEDER Enf... p.p. 1345.
 34) 16.PLM Ed Mex...CD ROM.
 35) 14.Norma Of.Mex, ...

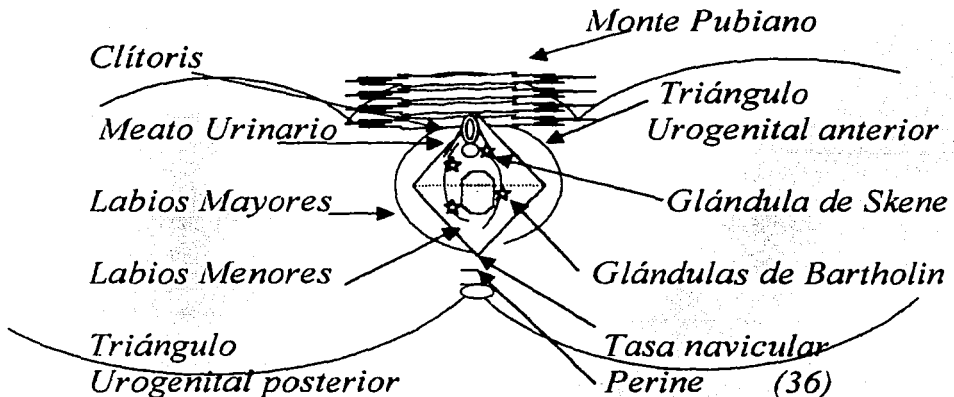


TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

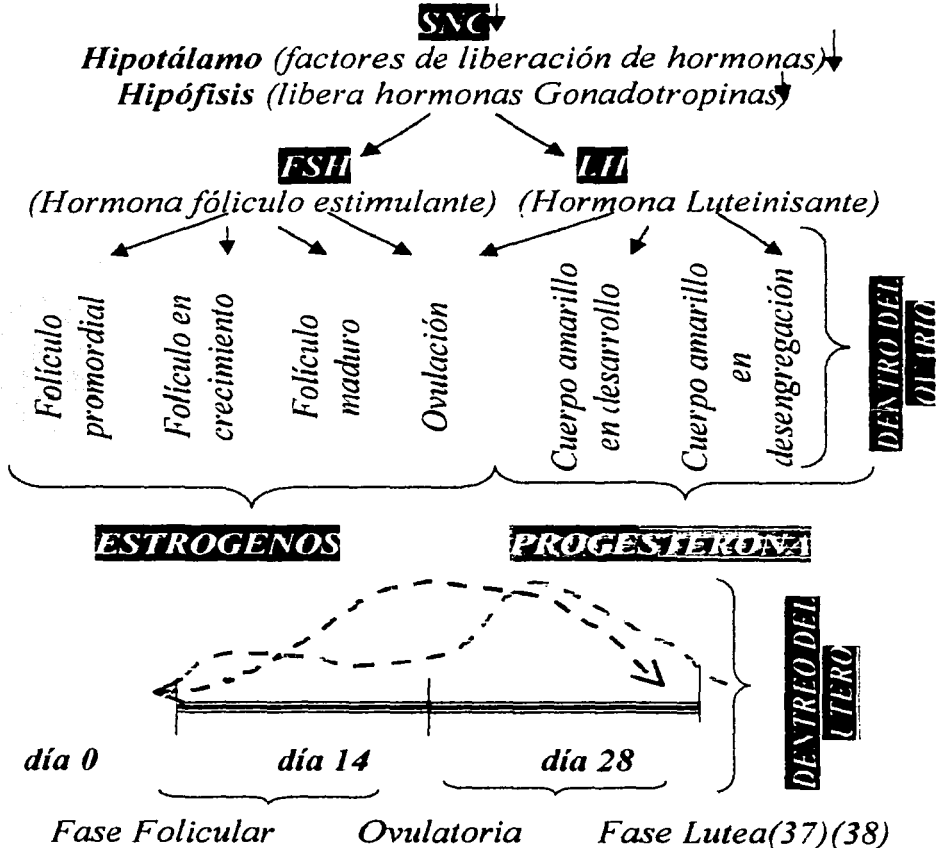
5. 1. CICLO MESTRUAL.

El ciclo menstrual es el tiempo que transcurre entre el 1er día de fluido menstrual y un día antes del siguiente en el cual se hay una restitución cínica de recubrimiento uterino y desecho de ese recubrimiento, con duración aproximada y se divide en tres fases:

- *Folicular o preovulatoria.*
 - *Ovulatoria.*
- *Lutea o posovulatoria.*

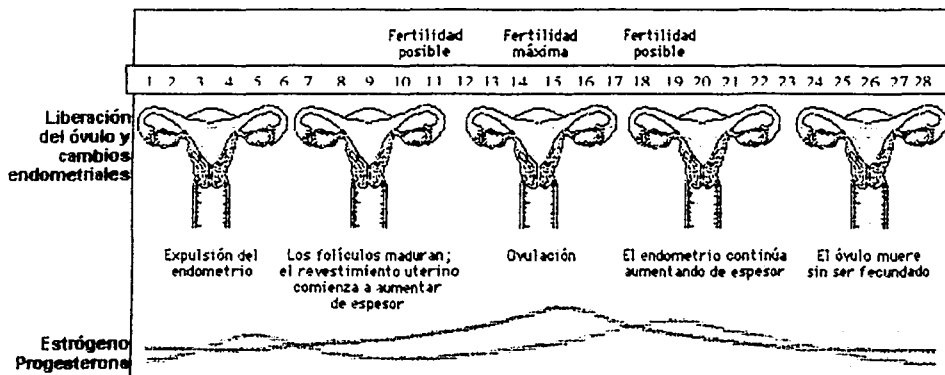
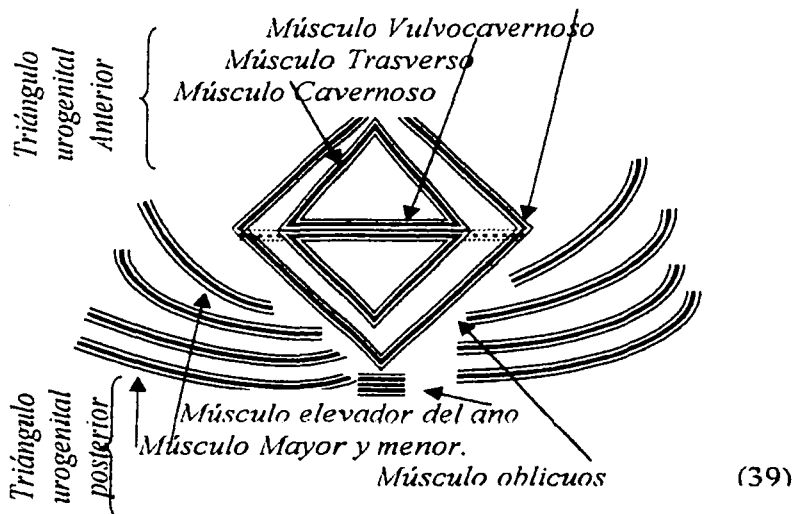
ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

El cual se puede desarrollar la mujer con un movimiento hormonal las cuales son estimuladas por el SNC y se desarrolla de la siguiente manera:



37) I.MONDRAGÓN OBST...p.p. 25,26,27-31.
38.) 17.REEDER Enf...p.p.1168.

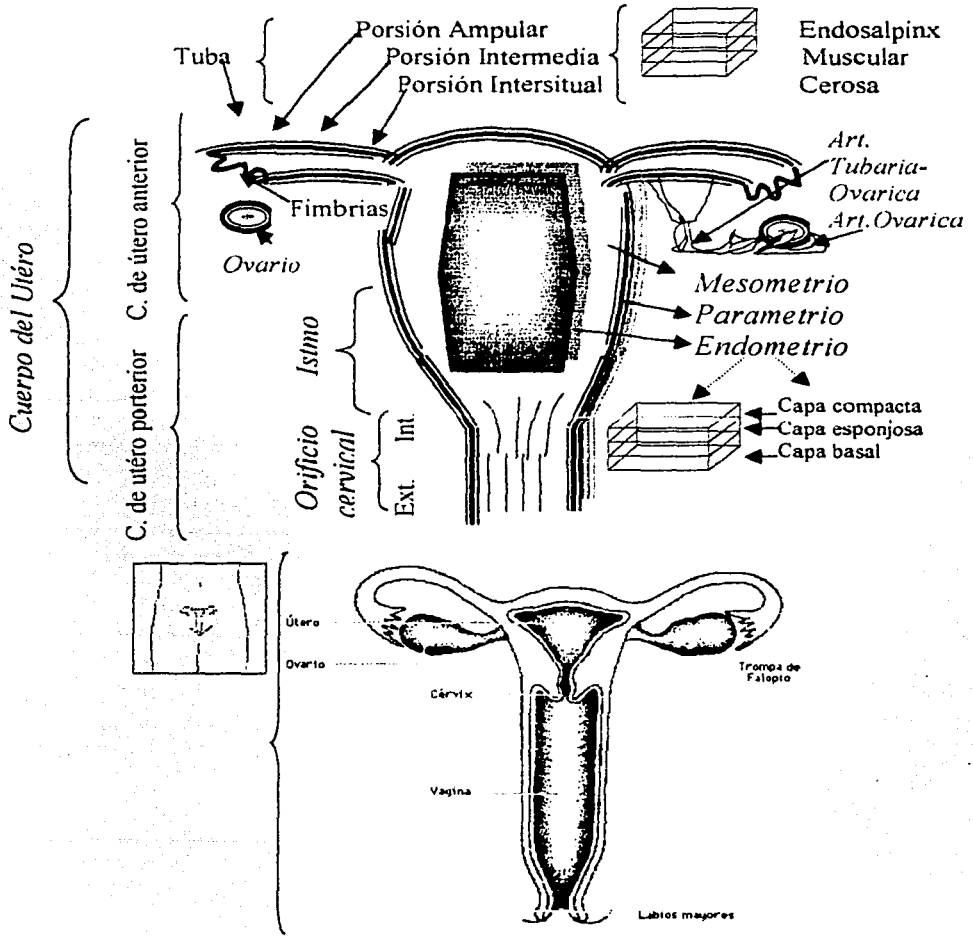
MÚSCULOS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



(40)

39) 21. YOKOCHI Atlas...p.p.36.
40) 5. Encarta 2000

ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.



41) 21. YOKOCHI Atlas...p.p.36.
 42) 5. Encarta 2000

(41)(42)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

6. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL.

Una de las Funciones que tiene el LEO es la promoción a la salud y más aun en el binomio Madre e hijo. Y mucho de esta salud depende del cuidado prenatal, desgraciadamente en México no existe una cultura arraigada de prevención la mayoría de las madres embarazadas tiene menos de 5 consultas prenatales en las cuales no se puede prevenir problemas de defectos al nacimiento y esto se ve reflejado en las tasas de morbi-mortalidad materno- infantil, en el índice de crecimiento de los niños discapacitados, aborto, etc.

Concepto:

- Es la promoción por medio de estudios de una comunidad para implementar, educación para la salud en la atención Pre- Natal y así poder consientizar a la población de la importancia de este.

Objetivo:

- Dar a conocer a la comunidad sobre la importancia del cuidado Pre- Natal.
- Motivar la asistencia a las consultas Pre- Natales.
- Promocionar los signos de alarma.

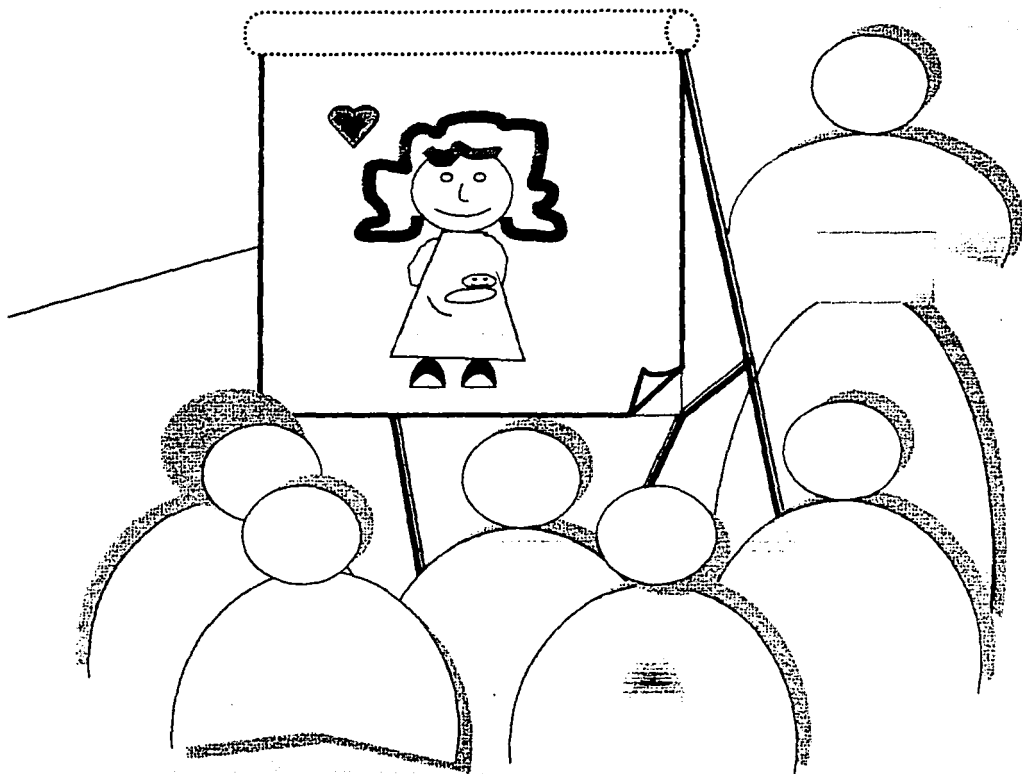
Acciones de Enfermería:

Promoción que se puede realizar es:

- Detección oportuna de las embarazadas de la comunidad. (Senso).
- Carteles de invitación y de ubicación del consultorio.
- Realizar pláticas al público en general de la importancia de cuidado prenatal.
- Visitas domiciliarias.
- Promoción de los signos de alarma. (43)
- Práctica de Psicoprofilaxis.

- Promoción del Embarazo planeado.
- Promoción del parto de Bajo riesgo.

(44)



RCP 01.

44) 20. GESTACIÓN Y PAR... p.p. 9-21.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO PLANEADO.

Concepto:

- Es la acción de Enfermería de dar atención y promoción sobre la Atención de un Embarazo planeado previniendo riesgos.

Objetivo:

- Aumentar las posibilidades de contar con R.N. saludable libre de defectos al Nacimiento.
- Disminuir patologías durante el Embarazo.
- Ayudar a parejas sobre la decisión de ¿Cuándo y Cuántos? ¿Cómo? ¿Donde? Y ¿Porque? Planear un Embarazo.
- Analizar en conjunto(L.E.O. y pareja) de los Factores de riesgo como pareja y sus Prevenciones.

Después de que ya se realizó la promoción sobre un Embarazo planeado y sobre los Métodos Anticonceptivos. En la Primera consulta del Embarazo planeado se debe realizar las siguientes etapas:

- Anamnesis de la pareja.
 - Antecedentes de vacunación (Mujer).
 - A.P.F. de la pareja.
 - A.P.P. de la pareja.
 - Antecedentes Genéticos. (45)
- Aplicación del Cuestionario:

Anamnesis de la pareja.

Nombres: _____
 Edad: __ . Estado Civil: _____ . Empleos: _____ .

Religión: _____ . Dirección: _____ .
 Tel: _____ . Grupo y Rh: _____ .

Antecedentes de vacunación (Mujer).

Vacuna Antitetánica: _____ .
 Vacuna contra el Sarampión: _____ .
 Vacuna Contra la Hepatitis: _____ .

A.P.F. Antecedentes Patológicos Familiares(de la pareja).

Enfermedades.-

Cardiopatías: _____ .
 Hipertensión Arterial: _____ .
 Diabetes Mellitus : _____ .
 Cáncer: _____ .
 Otras: _____ .

A.P.P. Antecedentes Patológicos Personales(de la pareja).

Enfermedades.-

Cardiopatías: _____ .
 Hipertensión Arterial: _____ .
 Diabetes Mellitus : _____ .
 Cáncer: _____ .
 Quirúrgico: _____ . Fracturas : _____ . Transfusiones: _____ .
 Otras: _____ .

(46)(47)

46) 20. Iden. p.p.23. }

47) 17. REEDER Enf...p.110.

Antecedentes Genéticos.

Antecedentes de Malformaciones (Hombre):
Antecedentes de Malformaciones (Mujer):
Antecedentes de Defectos al nacimiento Hijos anteriores:
Antecedentes de Embarazos Molares (en la Pareja):
Antecedentes de Embarazos Gemelares (en la Pareja):
Antecedentes de Embarazo Ectópico (en la Pareja):

(48)

Estudios Previos.

- Biometría Hemática.
- Papanicolaou DOC.
- VDRL.
- VIH.

También se debe de valorar el estado de salud de la pareja , propiciando mantener un riesgo medio o bajo tomando en cuenta las siguientes variables: patologías agudas o crónicas, edad, peso y estado nutricional.

El L.E.O. solo debe de orientar sobre el riesgo inicial con el que iniciará el embarazo y de la prevención para mantenerlo así o disminuir el riesgo. La decisión la tomará la pareja en conjunto.

(49)

48) 17. REEEDER... 654

49) 20. GESTACIÓN Y PART...p.p.27,29

2. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTORÍA OBSTÉTRICA DE BAJO RIESGO.

Concepto: Es la Participación que tiene el LEO dentro de la consulta Obstétrica de Bajo Riesgo; conociendo sus alcances y complicaciones.

Consultoría: Es la atención que se le da a una persona cuando este consulta a un profesional de la materia pidiendo que explique dudas y/o un plan de actividades para dar atención a la necesidad del consultante.

Objetivo:

- Conocer las intervenciones de Enfermería dentro de la consulta Obstétrica de bajo riesgo.
- Identificar el riesgo oportunamente para dar una atención inmediata o una interconsulta. (50)

Material y equipo:

- Consultorio Equipado.
- Historia Clínica (ver formato en anexos).
- Carnet Obstétrico (ver formato en anexos).
- Recetario(ver formato en anexos).
- Rotafolio de escritorio (ver formato en anexos).
- Material para exploración Obstétrica (cinta métrica, pinar o doppler, guantes estériles, jalea lubricante, váscula, etc.

CONSULTA OBSTÉTRICA.

1. PRESENTACIÓN Y BIENVENIDA:

El LEO (consultor), debe tomar la palabra desde el inicio de la

consulta manejando cortesía en la bienvenida y presentación, es con el objetivo que el paciente se sienta en confianza e identifique al personal que le brinda el servicio.

2. SOMATOMETRIA.

En cada consulta se debe llevar acabo para tener un control del estado de salud actual del paciente (peso, talla, T/A, FC, FR y temperatura).

3. LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA Y ESCALA DE RIESGO DE PLANEACIÓN DEL EMBARAZO O DE PRIMERA VEZ.

Se realiza solo con los pacientes de primera vez o de planeación del embarazo y se deposita en el expediente para almacenarlo en el archivo.

4. EXPLORACIÓN FISICA.

Se aplica cefalo-caudal y se efectúan las Maniobras de Leopold; medición del Fondo Uterino F.U. y toma de la F.C.F(51).

Se valora la exploración en mamas y genitales*

5. VALORIZACION DE LA ESCALA DE RIESGO SEGÚN EL TIEMPO DE DEL EMBARAZO.

Es de vital importancia que en cada consulta se defina y se actualice el factor de riesgo del embarazo para que nos de pie, a una atención rápida y oportuna este mismo nos ayudara a explicar al paciente sobre su situación actual.

51) Inden. p.p.476.

*NOTA: valorarlo sólo cuando sea necesario.

6. EXPLICACIÓN Y ORIENTACIÓN.

Este se dará base a la valoración más reciente, sobre la etapa en que transita el embarazo y también del tratamiento que llevará a cabo la paciente. (52)

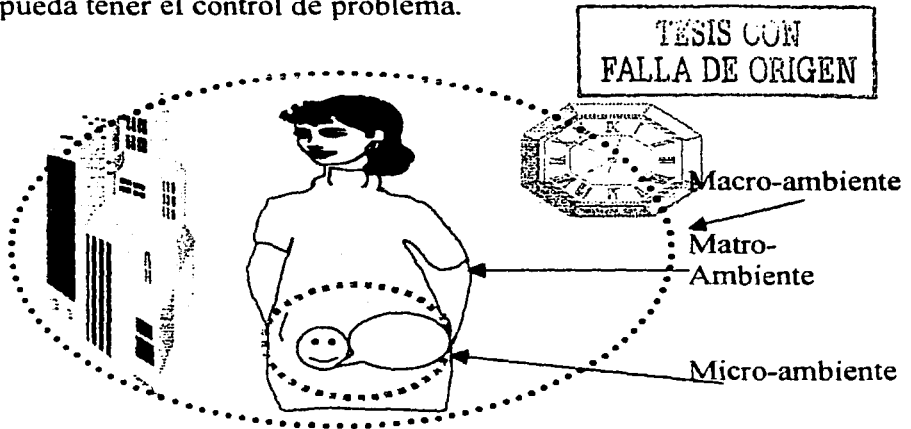
7. ALTERNAR SOBRE LOS DATOS DE LABORATORIO.**8. ANOTAR LOS DATOS DEL ESTADO ACTUAL EN EL CARNET Y EL EXPEDIENTE.****9. DAR PRESCRIPCIÓN DE CUIDADOS EN EL HOGAR Y FARMACOLÓGICO (SI LO AMERITA).**

EMBARAZO.

Es el estado de gestación de la mujer, el cual abarca las siguientes etapas: fecundación, transportación, implantación, crecimiento del embrión y crecimiento del feto. El cual dura aproximadamente 280 días, 10 meses lunares, 9 meses ó 40 semanas calendario.

EMBARAZO DE ALTO, MEDIANO Y BAJO RIESGO.

Estos se valoran a través de tablas de riesgo con base a los factores de microambiente, matroambiente y macroambiente. Es conveniente realizar la valoración de la embarazada para que el Lic. En Enfermería y Obstetricia conozca su alcance, limitación y pueda tener el control de problema.



Microambiente: Riesgo del feto en el Embarazo (agentes teratogénicos, Madre fumadora, etc).

Matroambiente: Riesgo de la mujer embarazada (edad, peso, estabilidad psicológica, etc).

Macroambiente: Riesgo de la mujer embarazada y su ambiente (Contaminación, riesgo laboral, etc).

(53)

9. CUADRO CLÍNICO DE EMBARAZO Y FORMAS DE DIAGNÓSTICO.

Cambios Presuntivos de Embarazo:

- Amenorrea.
- Nausea y/o vómito.
- Poliuria.
- Sensibilidad Mamaria.

Formas de Diagnóstico:

- Prueba Inmunológica de Embarazo PIE en **Orina** (tiempo de efectividad 10 a 14 días después del retraso menstrual.
- Prueba Inmunológica de Embarazo PIE en **Sangre** fracción Beta (radio inmunología de la unidad beta), que hay de dos tipos: cualitativa y cuantitativa.
- Ultrasonografía USG pélvico después de la semana 10 a 12 de la Fecha Última de Menstruación FUM.

Signos de embarazo.

- Cloasma (cara, pezón ,aureola y / o abdomen).
- Signo de Goodell.
- Signo de Chadwick.
- Signo de Hegar.
- Signo de McDonald.
- Signo de Braun von Fernwald
- Estrías

(54) (55)

54) 15.OLDS Enf..p.p.. 298.

55) 17.REEDER Enf...399 -1084pp

2.2. DESARROLLO DEL PRODUCTO
MES POR MES.

1er. MES. (0-4 SDG).

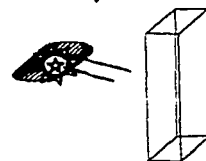
0 a 2 día

Fecundación ↓
División Celular (identificación de Pronucleos) ↓
Bipartición del Centrioma ↓



3er. Día

Morula ↓
Organización Celular (trofoblasto embrioblasto ↓



4º y 5º día

Blastocito ↓

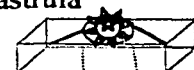
6º día

Implantación o desidua.

7º día

Trofoblasto (Sinciotrofoblasto, Citotrofoblasto y Disco Embrionario). ↓

Gastrula



8º día

Inicia Fase Embrigenésis

1ª. etapa: Ectodermo ó ectoplasto ↓

Amnios para lecitoceló ó saco vitelino.

3ª y 4ª semana

2ª. etapa: Endodermo ó endoplasto ↓

C
A
V
I
D
A
D

A
M
N
I
O
T
I
C



Linea primitiva ↓

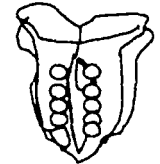
Formación de Mesodermo ó mesoplasto

capa int. Esplacnoplera
capa ext. Somatopleura

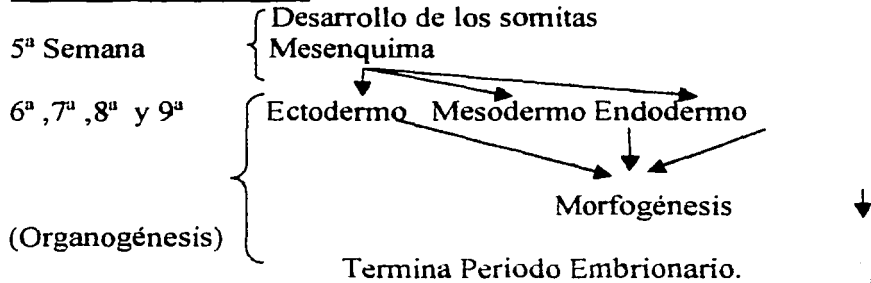
C
A
V
I
D
A
D

C
E
L
O
M
I
C
A

S
O
M
I
T
A



(56)

2º. MES (4 – 9 SDG)

MES	SDG	DESARROLLO
1er. M 0-4 SDG	1ª SDG	Formación de Morula e Inicia fase de Blastosis y Embriogénesis..
“	2ª SDG	Formación del trofoblasto y separación del disco embrionario.
“	3ª SDG	Embrión con 14 somitas; aparece la cabeza, vesícula óptica y corazón doble.
2º M 4-9 SDG	5ª SDG	Tiene extremo caudal y desaparece a la 8ª SDG.
“	6ª SDG	Desarrollo del Corazón
“	7ª SDG	Desarrollo de genitales.
“	8ª SDG	Empieza a denotarse el polo cefálico, ojo y oído.
3er M 10-14 SDG	12ª SDG	Formación de HIGADO y SANGRE. Inicia la formación de genitales.(57)

Manual de Consultoría en Atención Obstétrica de Bajo Riesgo.

<u>MES</u>	<u>SDG</u>	<u>DESARROLLO</u>
4o M 14-18 SDG	16 SDG	Presencia de mecánica Interna , inicia el crecimiento del cabello, genitales terminados.
“	20 SDG	Se aprecia el Tubo Neural.
5o M 19- 23 SDG	20 SDG	Se presenta la oscificación de esternón e isquión
“	20-24	Formación de ojo y nariz.
6o M	24 SDG	Termina la formación de ojo y nariz.
“	24- 28 SDG	Desarrollo pulmonar con ligero movimiento
“	24- 28 SDG	Desarrollo del oído.
“	24 SDG	Formación del tubo digestivo. Aparición de Vernix y oscificación del pubis.
7o M 28-32 SDG	28 SDG	Se termina la formación de pulmones y oído. Desarrollo Cerebro y uñas
	28-38 SDG	Maduración Pulmonar.
8o M 32-36 SDG	32-36 SDG	Maduración Pulmonar y de los demás aparatos y Sistemas
9 M 36- 40 SDG	36 – 40 SDG	Maduración pulmonar, aparatos y Sistemas. Intentos de mecanismo para provocar encajarse y /o TDP

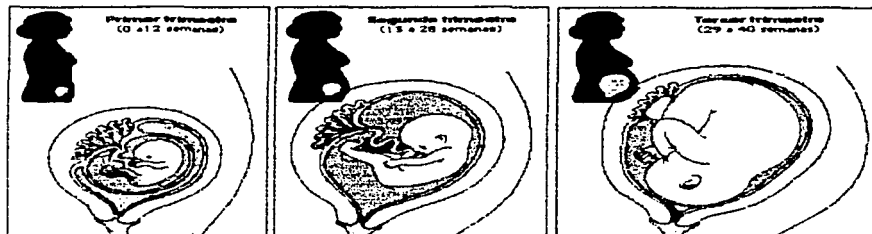
(58)

Tabla de peso y longitud aproximado.

<i>SGD o día</i>	<i>Longitud</i>	<i>Peso</i>
<i>1er día</i>	-	-
<i>2º día</i>	<i>0.1mm</i>	-
<i>3er día</i>	<i>0.2mm</i>	-
<i>5ª SDG</i>	<i>0.5-0.8mm</i>	-
<i>6ª SDG</i>	<i>2.2-2.4cm</i>	-
<i>8ª SDG</i>	<i>4.0-6.0cm</i>	<i>11 grs.</i>
<i>10SDG</i>	<i>7.0-9.0cm</i>	<i>16 grs.</i>
<i>12SDG</i>	<i>18.0 cm</i>	<i>89 grs.</i>
<i>20SDG</i>	<i>25.0 cm</i>	<i>273 grs.</i>
<i>24SDG</i>	<i>33.5 cm</i>	<i>625 grs.</i>
<i>28 SDG</i>	<i>37.1 cm</i>	<i>1150 grs.</i>
<i>32 SDG</i>	<i>42.5 cm</i>	<i>1640grs.</i>
<i>36 SDG</i>	<i>47 cm</i>	<i>2339 grs.</i>
<i>40 SDG</i>	<i>50 cm</i>	<i>3500grs</i>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

(59)



(60)

Abdomen:

- *Timpánico.*
- *Blando.*
- *Peristalsis normal*
- *Declaración de dolor en algún cuadrante.*

Valoración Obstétrica

- *Toma del Fondo Uterino.*
- *Maniobras de Leopold. Peloteo*
- *Medición de F.C.F.*
- *Medición del VAREFE*

Espalda:

- *Anatomía de la Columna vertebral.*
- *Existencia de inflamación y/o dolor.*

Genitales :

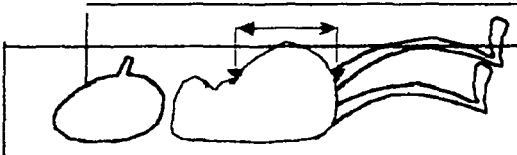
- *Valoración de los genitales externos según su edad y sexo.*
- **Signos de Embarazo:**
 - Signo de Goodell.
 - Signo de Chadwick.
 - Signo de Hegar.
 - Signo de McDonald.
 - Signo de Braun von Fernwald
 - Cloasma (Abdomen).
 - Estrias

Miembros**Torácicos y
Pélvicos.**

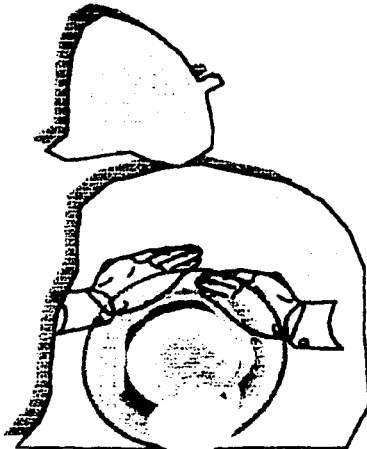
- *Simétricos en longitud y pliegue.*
- *Piel: Hidratación, coloración, etc. (62)*

Valoración Obstétrica.

Medición del Fondo Uterino FU: El fondo uterino se toma colocando la cinta métrica desde la sínfisis del pubis hasta el borde del fondo uterino.

**Maniobras de Leopold:****1. Maniobra.-**

Es para determinar que parte del producto se encuentra en el fondo, (se colocan ambas manos en cada lado del fondo uterino para palpar la consistencia de la anatomía del producto). (63) (64)

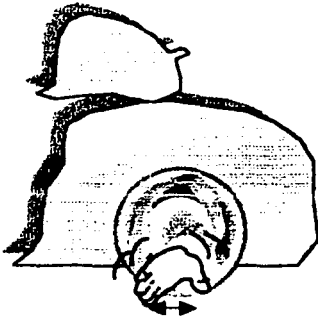
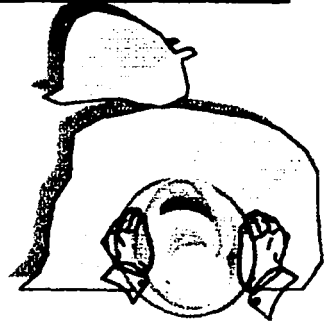
**Nota:**

Se debe de valorar la consistencia comparando la dureza en la cabeza y la suavidad de los glúteos del producto.

63) 15.ODLS Enf...p.p. 1264.

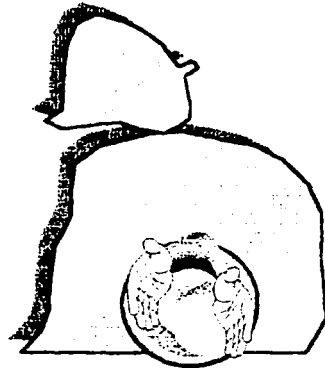
64) 17.REEDER.Enf..p.p.. 415.

Maniobra 2: El segundo paso es para localizar la espalda del feto relación al lado derecho o izquierdo de la madre. Se colocan las manos en ambos lados del abdomen y se busca el dorso del producto.



Maniobra 3: El objeto de esta es encontrar la entrada de la presentación y el producto a la parte pélvica de la madre y determinar su movilidad. Se palpa la parte inferior del abdomen y se mueve la presentación con suavidad.

Maniobra 4: El examinador se coloca en la parte caudal del paciente y palpa con las yemas de los dedos la línea media se realiza presión descendente en dirección al canal del parto, la otra mano se coloca en la parte superior del abdomen para valora si la cabeza esta flexionada, para confirmar presentación del feto. (65)



Medición de la Frecuencia Cardíaca Fetal FCF:

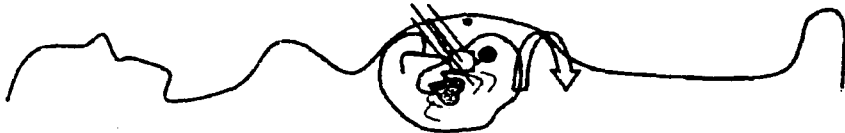
La medición de la Frecuencia Cardíaca Fetal se puede tomar de tres



formas: a través de un pinar, doppler, tococardiografo y por USG. En el consultorio se valora orientado por el dorso del paciente inclinado ligeramente hacia la cicatriz umbilical para encontrar el foco fetal.

Medición de la Valoración Respuesta Fetal VAREFE.-

La valoración respuesta fetal es la que se obtiene con la toma de la FCF en la comparación de la FCF después de haber estimulado al producto con un ligero movimiento circular. (66)

**Cambios Subjetivos del Embarazo.**

- *Amenorrea*
- *Náusea y /o vómito.*
- *Polaquiuria*
- *Sensibilidad mamaria*

Cambios Objetivos del Embarazo.

- Signo de Goodell: *Ablandamiento cervical.*
- Signo de Chadwick: *Color rojizo intenso a morado de las membranas mucosas o del cérvix, vagina y vulva .*
- Signo de Hegar: *ablandamiento del istmo del útero.*
- Signo de McDonald: *Maleabilidad del cuerpo del útero sobre el cérvix.*
- Signo de Braun von Fernwald: *Crecimiento a simétrico en forma globular. (67)*

10. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MODELO Y VALORIZACIÓN DEL ENFOQUE DE RIESGO.

➤ **Concepto:**

Es la acción de Enfermería en donde se realiza un análisis del riesgo en el momento actual del embarazo, tomando en cuenta el estado físico del paciente y sus antecedentes.

➤ **Objetivo:**

Mantener o disminuir el Riesgo del paciente.

Orientar al paciente sobre su autocuidado y sobre los signos de alarma.

La Valoración de la consulta obstétrica se divide en etapas y siempre será rigida por los signos de alarma.

1. *Planeación de un embarazo*
2. *Inicio de Embarazo*
3. *Transcurso de embarazo.*
4. *Final del Embarazo.*

Los riesgos se catalogan en bajo, medio y / o alto, según su grado de gravedad. Para prevenir patologías. —



Riesgo Alto

Riesgo Bajo

(68)

Para valorar acertadamente los riesgos de una persona es necesario que se conozca los siguientes conceptos:

Riesgo:

Es una medida que representa la posibilidad de que ocurra un hecho o un daño a la salud, enfermedad o muerte.

Enfoque de Riesgo:

Es la medida de la posibilidad de riesgo, la cual sirve para valorar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Factor de Riesgo:

Es la definición del daño del riesgo que puede ser una circunstancia o una característica aunado al incremento en la posibilidad de padecerlo.

Los riesgos de la mujer embarazada se clasifican en Microambiente, Matroambiente y Macroambiente. Los cuales nos sirven como base para realizar tablas de valoración de riesgo, conjugados con el análisis de los Niveles de detección, jerarquización, posibilidades de acción y Niveles de abordaje.

Microambiente: Se refiere a los riesgos del feto. Ejemplo (medicamento teratogénico, Ant. genéticos desfavorables, etc).

Matroambiente : Se refiere a los riesgos de la madre. Ejemplo (estado físico y mental, etc).

Macroambiente: Se refiere a los riesgos que se encuentren alrededor de la mujer embarazada. Ejemplo (economía, contaminación, etc). (69)

Planeación de un embarazo.

Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto.
Edad	20 a 30 años	15-19 y 31-35 a.	36 a ² o más.
Estado Civil.	Casada- Unión libre	Soltera Viuda	Sin cónyuge
Carga de Trabajo:	Normal.	Excesivo	Exagerado
Escolaridad	6 a más	1 a 5 a.	Cero
Estado Socioeconómico	Medio y Alto	Bajo	Muy Bajo
Talla	150 a más	145-149cm	144 o menos
Peso	Peso ideal + 5 Kgrs de variable	Peso mayor o menor de 10 kgrs.	Obesidad Crónica o Desnutrición
A.P.P.	---	---	Diabetes Mellitus HAS Ca. Cardiopatía. Otra: _____
A.P.F.		Diabetes Mellitus HAS Ca. Cardiopatía. Otra: _____	
A.G.O.	Paridad: 1 a 2	Nulipara De 4 a más	Más de dos cesáreas. Multipara
Antecedentes Genéticos, gemelares, malformaciones y/o Molahidatiforme	No	Gemelares	Malformaciones y/o Molahidatiforme
Hábitos Tóxicos	Ninguno	Consumo	Cualquiera
Resultados alterados de estudios previos	Ninguno	Diabetes EGO, G. leucos de 4 VHI > 2 veces en prep	Glicemia, Hb < de 9, EGO, VDRL y / o VHI alterados
Otros especifique			

- 70) 8. Folleto Sist. Det. Y Eval.
71) 15. OLDS, Enf...p.851

(70)(71)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Manual de Consultoría en Atención Obstétrica de Bajo Riesgo.

Inicio de Embarazo o primera consulta.

Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto.
Riesgo Anterior	Riesgo bajo	No valorado o Riesgo Medio	Riesgo Alto.
Edad	20 a 30 años	15 - 19 y 31 - 35 a.	36 a> o más.
Estado Civil.	Casada- Unión libre	Soltera Viuda	Sin cónyuge.
Carga de Trabajo:	Normal.	Excesivo	Exagerado
Escolaridad	6 a más	1 a 5 a	Cero
Estado Socioeconómico	Medio y Alto	Bajo	Muy Bajo
Talla	150 a más	145 - 149 cm	144 o menos.
Peso	Peso ideal + 5 Kgrs de variable	Peso mayor o menor de 10 Kgrs.	Obesidad Crónica o Desnutrición.
A.P.P.	---	Vulnerabilidad en la Presión Arterial	Diabetes Mellitus HAS C.a. Cardiopatía. Otra:
A.G.O.	Paridad: 1 a 3	Nullipara De 4 a más	Más de dos cesáreas. Multipara
Antecedentes Genéticos, gemelares, malformaciones y/o Molahidatiforme	No	Gemelares	Malformaciones y/o Molahidatiforme
Hábitos Tóxicos	Ninguno	Ninguno	Cualquiera
Datos actuales del Embarazo. Fondo Uterino Frecuencia Cardíaca Fetal Signos de Alarma	Normales.	Excesivo C.F.F. Aumento o disminución de 10 latidos por m. C.F.F. Menor de 100 latidos por m. C.F.F. Mayor de 160 latidos por m. Signos de Alarma	C.F.F. Aumento o disminución de 10 latidos por m. Salida de agua o sangre, edema, contracciones, disminución o falta de los movimientos del producto.
Otros especifique.			(72) (73)

72) Folleto Sist. Det. Y Eval.

73) OLDS, Enf...p.p.851

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Transcurso de embarazo.

Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto.
Riesgo Anterior	Riesgo bajo	No valorado o Riesgo Medio	Riesgo Alto.
Peso	Peso ideal + 5 Kgrs. de variable	Peso mayor o menor de 10 Kgrs.	Obesidad Crónica o <i>Desnutrición.</i>
A.P.P.	---	Vulnerabilidad en la Presión Arterial	Diabetes Mellitus HAS Ca. Cardiopatía. <i>Otra:</i>
A.G.O.	Paridad: <i>1 a 3</i>	Nulipara <i>De 4 a más</i>	Más de dos cesáreas. <i>Multipara</i>
Antecedentes Genéticos, gemelares, malformaciones y/o Molaihidatiforme	No	Gemelares	Malformaciones y/o Molaihidatiforme
Hábitos Tóxicos	Ninguno	Ninguno	Cualquiera
Datos actuales del Embarazo. Fondo Uterino Frecuencia Cardiaca Fetal Signos de Alarma	Normales.	El valor de la frecuencia cardíaca fetal está por debajo de lo normal o edema	C.F.F: Mayor 160 x'. Menor: de 120X'. Acufenos , Fosfenos Salida de agua o sangre, edema, contracciones, disminución o falta de los movimientos del producto.
Otros especifique.			

(74)(75)

74) 15.OLDS, Enf...p.p.851

75) 8. Folleto Sist. Det. Y Eval.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Fin del Embarazo.**MADRE:**

Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto.
	Riesgo bajo	No valorado Riesgo Medio	Riesgo Alto.
FIEBRE	Normotérmica		Mayor de 38° C
DOLOR (cefalea o bajo vientre).-	Moderado		Intenso
AUMENTO DE - SANGRADO.-	De mayor a menor cantidad	Aumentado y controlado con ERGONOMINA	En aumento con medicamentos. (Hemorragia)
SANGRADO (Olor)	Normal	Fetido	Muy Fetido.
Otro Especifique:			

(76)(77)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 76) 15.OLDS, Enf...p.p.851
77) 8. Folleto Sist. Det. Y Eval.

11. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Concepto:

Es la participación en el Tratamiento (cuidados de atención y farmacología) de Enfermería en las patologías del Embarazo.

Objetivo:

Promover el autocuidado por medio de cuidados de Enfermería y/o medicamentos para disminuir riesgos o evitar gravidez. (78)

11.1. Patologías de mayor frecuencia en la Embarazada y Tratamiento.

Infección de Vías Urinarias	(IVU)
<i>Cx.-Disuria y/o hematuria</i>	
Infección Cervico Vaginal	(ICV)
<i>Cx.- Salida de flujo (patológico) y/o agua.</i>	
Hiperemesis Grávidica	
<i>Cx.- Vómito persistente,Principios de deshidratación,etc.</i>	
Hipertensión Inducida por el Embarazo	(HIE)
<i>Cx.- Acufenos , fosfenos, cefalea continua</i>	
Preclamsia	
<i>Cx.- C.C de Hipertensión, edema local o generalizado y proteinuria.</i>	
Eclamsia	
<i>Cx.- .- C.C de Hipertensión, edema local o generalizado, proteinuria y CONVULSIONES.</i>	

Ameneza de Aborto. (AA)

Cx.-Dolor abdominal tipo cólico, actividad uterina (antes de 20 SDG).

Amenaza Parto Pretérmino (APP)

Cx.-Dolor abdominal tipo cólico, actividad uterina (después de 20 SDG)

Diabetes gestacional. (DG)

Cx.- Cefalea, polidipsia, polifagia y/o poliuria.

Anemia

Cx.- Cefalea, palidez, debilidad. (79)

Tratamiento

Patología	Farmacos
<p align="center">Infección de Vías Urinarias (IVU)</p>	<p><u>Ampicilina de 500</u></p> <p><i>1 c/ 8 ó 6 hrs. V.O.</i> Usar en el 1er.trimestre ó según grado de gravidez. <u>Ampicilina</u> <i>1 gr.</i> <i>1 c/12hrs.V.O.,I.M. y/o</i></p> <p><i>EN CASO DE ALERGIA</i> <u>Eritromicina</u> <i>500mgrs. V.O mismas dosis.</i></p>

(80)

79) 17. REEDER *Enf...* p.p.33-480-1024.

80) 16. PLM 2000 p.p.1358-678-396-1956.

Infección Cervico Vaginal (ICU y/o RPM)			
Tipo de	Agente	Cuadro Clínico	Tratamien
MICOTICA	<p>➤ <i>Candida</i> ➤ <i>Albicans</i> ó <i>también llamada Monilia</i> ➤ <i>Albicans</i></p>	<p>Eritema vulvovaginal. *Prurito *Leucorrea Blanca. *Dispareunia. *Polaquiuria.</p>	<p><u>Nistatina</u> <i>óvulos vaginales</i> <i>1 ov. Vag c/ 24 ó 12 hrs x 10 días.</i> <u>Miconazol</u> y /o <u>Clotrimazol</u> <i>al 2%. Aplicar el área genital (en pareja) c/24 ó 12 rs x 10 días.</i></p>
PARASITARIA	<p>*Oxiuro (Oxiuriasis) *Enterobirus vermicularis *Trichomonas</p>	<p>*Prurito vulvar y/o anal. *Leucorrea Blanca *Leucorrea amarillo verdoso o grisaseo.</p>	<p><u>Tricomici</u> <u>na</u> de 500 mg. Tab. Vaginales para la embarazada <u>Metronidazol</u> 500mg 1 c/ 8 hrs (para la pareja)</p>

(81)(82)(83)

- 81) 15. OLDS. *Enf. P.p.*354-532-764.
 82) 17. REEDER *Enf...p.p.*33-480-1024.
 83) 16. PLM 2000 Ed FA 1358-678-396-1956 p

BACTERIANA	<p><i>*Estafylococcus.</i> <i>*Gonococos</i> <i>*Clamidia</i> <i>*Haemophilus</i></p>	<p>*Prurito sensación *Leucorre fetida.(amarillosa) y persistente</p>	<p>Ampicilina <i>Mgr.</i> <u><i>1 c/ 8 ó 6</i></u> Usar en el 1er.trimestre grado Ampicilina <i>1 gr.</i> <u><i>1 c/12hrs. V.O.</i></u> ² <u><i>I.M. y/o I.V.</i></u> Después del 1er.trimestre ó en caso de gravedad se puede utilizar hasta 4 grs por día.</p>
-------------------	--	--	--

(84)(85)

84) 17. Iden p.p.33-480-1024.

85) 16. Iden p.p-396.

Hiperemesis Grávidica

Después de 3 vómitos a la semana se considera patológico. Los Tratamientos empiezan con los cuidados de menor a mayor según sea la gravedad:

- Comer una galleta salada antes de cada comida.
- No comer alimentos grasosos o muy condimentados. (ya que el olor puede ocasionar náusea).
- Tomar una dieta saca, (teniendo una temperatura baja) ejemplo: fruta y/o verdura refrigerada o congelada.
- Realizar la comida en quintos, efectuar cinco comidas en lugar de tres para no sobre cargar el estómago).
- Tener una dieta en base de jugos, fruta, verdura y proteínas vegetales (frijol, haba, garbanzo, lenteja etc.).
- *Nota: Si la paciente se encuentra anímicamente favorable (se haya en peso ideal, conjuntivas Normocromicas y no se ha manifestado aún un vómito Excesivo, valorar el recetar o no hierro o multivitamínicos ya que algunas pacientes se nausean con estos).*

➤ Tratamiento Farmacológico:

Meclizina con Piridoxina o Dimenhidrato o Metoclopramida tab.

1 tab c/ 12 u 8 hrs no exceder más de 10 días.

Dimenhidrato o Meclizina con Piridoxina amp.

1 tab c 12 u 8 hrs no exceder más de 10 días.

1 amp. IM o I.V.

(Con solución parenteral, Vitaminada), c/12 u 24hrs (dosis respuesta).

(86) (87)

86) 17. Iden p.p.33-480-1024.

87) 16. Idenp.p-1394.

Precamsia	Referir con Ginecólogo
Ecamsia	Referir con Ginecólogo
Amenaza de Aborto ➤ Dar tratamiento a la causa ➤ Abstinencia Sexual. ➤ Reposo Absoluto. ➤ Abundantes líquidos. ➤ Dieta Blanda. ➤ Usar toalla Testigo. ➤ Orientar sobre los Signos de Alarma. ➤ Farmacológico: <u>Effortil gts.</u> 5 gts. C/ 6, 8 o 12 hrs. Por los días necesarios (dependiendo la actividad uterina). <u>Terbutalina supos.vag.</u> Aplicar directo en orificio cervical.	Amenaza Parto Pretérmino ➤ Dar tratamiento a la causa ➤ Abstinencia Sexual. ➤ Reposo Absoluto. ➤ Abundantes líquidos. ➤ Dieta Blanda. ➤ Usar toalla Testigo. ➤ Orientar sobre los Signos de Alarma. ➤ Farmacológico: <u>Orciprenalina (Alupent) tab y Amp.</u> 1 tab c/ 6, 8 o 12 hrs. Por los días necesarios (dependiendo la actividad uterina).
Diabetes gestacional. Comprobar la diabetes con un a curva de tolerancia de glucosa y dar dieta baja en carbohidratos y mantener interconsulta o referir al Ginecólogo .	
Anemia: Dieta balanceada rica en verduras. Sumarato Ferroso tab 1 c/ 12 o 24 hrs. Hierro o Complejo B amp. 1 amp. c/ 24 x 5 días. Realizar BH nuevamente de no mejorar en un rango mayor de 8 realizar interconsulta con Ginecólogo.	

(90) (91) (92) (93)

90) 13. MONDRAGÓN Enf...p.44-80-165 .

91) 15. OLDS Enf...p.354-532-764.

92) 17. REEDER Enf...p.p.33-480-1024.

93) 16. PLM Edic...p.1986.

11.2. Formas Clínicas del Aborto, **Diagnóstico y Tratamiento.**

ABORTO:

Según la OMS Se considera Aborto aquel producto expulsado antes de las 20 SDG o cuando el peso es igual o menor de 500Kgr.

FRECUENCIA.-

No es posible tener la exactitud, más o menos del 10 al 13% de los embarazos confirmados terminan en aborto. El 100% de los abortos espontáneos registrados se desarrollan en el siguiente porcentaje aproximadamente:

37%	<i>CAUSAS DESCONOCIDAS.</i>
23%	<i>FACTORES ENDOCRINOS RELACIONADOS C/ DEFICIENCIA DE CUERPO LUTEO.</i>
15%	<i>DEFECTOS DE LOS CONDUCTOS MÜLLER MATERNOS.</i>
13%	<i>INTERRUPCIÓN DEL DESARROLLO EMBRIONARIO.</i>
12%	<i>ANOMALÍAS CROMOSOMICAS.</i>

ABORTO ESPONTANEO:

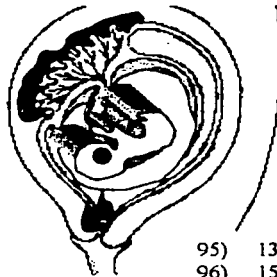
Es aquel en el que no interviene ningún tipo factor intencional de interferencia; ocurre entre la 2ª. o 3ª. Semana después de la muerte del embrión, al negrosarse algunas zonas, como en el sitio de implantación embrionaria, con lo que empieza a desprenderse lentamente y posteriormente el útero provoca la expulsión.

ABORTO PROVOCADO:

(O inducido) Es aquel que se interrumpe intencionalmente el embarazo. (94)

Amenaza de Aborto.

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx.-	TRATAMIENTO Tx.-
Amenaza de Aborto.	Sangrado: Cantidad variable. Dolor abdominal: Ligera o ausente. Modificaciones cervicales: No hay. Membranas Oculares: Integras.	Cuadro Clínico más exploración Cervical y /o USG Descartar (Mola; embarazo ectópico y prueba Inmunológico a gestante.	➤ Reposo Absoluto. ➤ Abstención de Coito. ➤ Tratamiento de la patología ocasional de la A.A. ➤ Administración de los sedantes uterinos p/ Utero- inhibir ➤ Apoyo Psicológico. ➤ Toalla testigo. Dar signos de alarma.



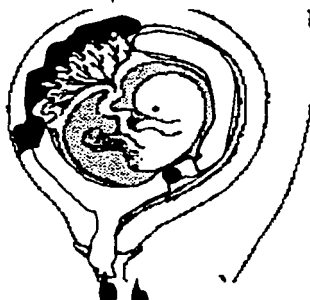
Amenaza de Aborto.

(95)(96)(97)

- 95) 13. MONDRAGÓN Enf...p.80
 96) 15. OLDS Enf...p.354-532-764.
 97) 17. REEDER Enf...p.p. 33-480-1024.

Aborto en Evolución

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx-	TRATAMIENTO Tx-
Aborto en evolución	<p>Sangrado: Abundante.</p> <p>Dolor abdominal: De intenso a progresivo.</p> <p>Modificaciones cervicales: Borrado o parcialmente dilatado.</p> <p>Membranas Ovulares: Integras.</p>	<p>Cuadro Clínica más exploración Cervical y/o USG para establecer un diagnóstico más certero de la situación actual.</p>	<p>➤ Reposo Absoluto.</p> <p>➤ Atención Intrahospitalaria</p> <p>➤ Tratamiento de la patología, en caso de poca dilatación cervical. (2 a 3 cm). Administración de los sedantes uterinos p/ Utero- inhibir en Sol. Parenteral. <ver en pagina 60></p> <p>➤ Apoyo Psicologico.</p> <p>➤ Toalla testigo.</p> <p>➤ Vigilar actividad uterina, salida transvaginal</p> <p>➤ Chequeo continuo de USG.</p> <p style="text-align: right;">(98)(99)(100)(101)</p>

**Aborto en Evolución.**

- 98) 13. MONDRAGÓN Enf...p.80
 99) 15. OLDS Enf...p.354-532-764.
 100) 17. REEDER Enf...p.p.33-480-1024..
 101) 16. PLM Edic...p.p.1986.

Aborto inevitable.

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx.-	TRATAMIENTO Tx.-
Aborto Inevitable	<p>Sangrado: Escaso o no puede haber.</p> <p>Dolor abdominal: Ligero o no puede haber</p> <p>Modificaciones cervicales: No hay.</p> <p>Membranas Oculares: Rotas.</p>	<p>Cuadro clínico, más exploración cervical en la cual hay presencia de liquido amniótico. Toalla testigo manchada con liquido cristalino, con olor parecido al semen. Prueba del hehecho.</p>	<p>➤ Ingreso de Urgencia. Se debe de practicar: LUI o AMEU.</p> <div data-bbox="746 610 1033 1029" style="text-align: center;"> </div>

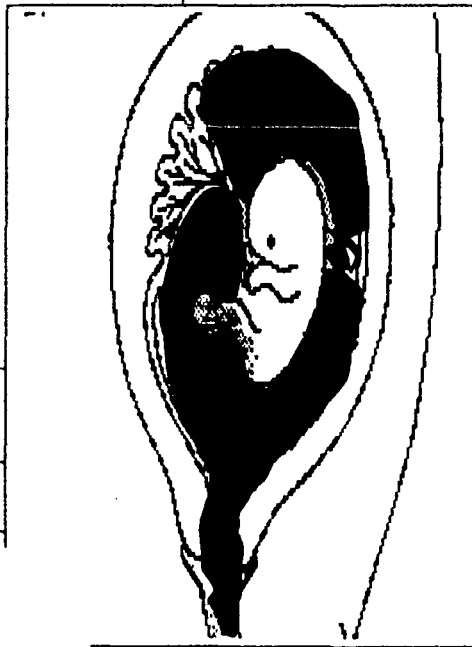
Aborto Inevitable

(102)(103)(104)(105)

- 102) 13. MONDRAGÓN Enf...p.p80
 103) 15. OLDS Enf...p.p.354-532-764.
 104) 17. REEDER Enf...p.p. 33-480-1024..
 105) 16. PLM Edic...p.p.1986.

Aborto inminente.

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx.-	TRATAMIENTO Tx.-
Aborto Inminente	Sangrado: Abundante Dolor abdominal: Intenso Modificaciones cervicales: Protrusión del contenido uterino. Membranas Ovulares: Integras o rotas.	Cuadro clínico, más especúloscopia	> Ingreso de Urgencia. > Se debe de practicar: LUI o AMEU.

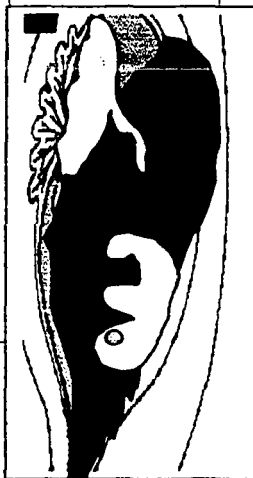
**Aborto Inminente.**

(106)(107)(108)(109)

- 106) 13. MONDRAGÓN Enf...p.80
 107) 15. OLDS Enf...p.354-532-764.
 108) 17. REEDER Enf...p.p.33-480-1024..
 109) 16. PLM Edic...p.p.1986.

Aborto Incompleto.

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx.-	TRATAMIENTO Tx.-
Aborto Incompleto.	Sangrado: Abundante. Dolor abdominal: Persistente Modificaciones cervicales: Dilatado. Membranas Ovulares: Rotas con salida de restos ovulares.	Cuadro clínico. Especuloscopia confirmatoria.	➤ Ingreso de Urgencia. ➤ Se debe de practicar: LUI o AMEU.

**Aborto Incompleto.**

(110)(111)(114)(115)

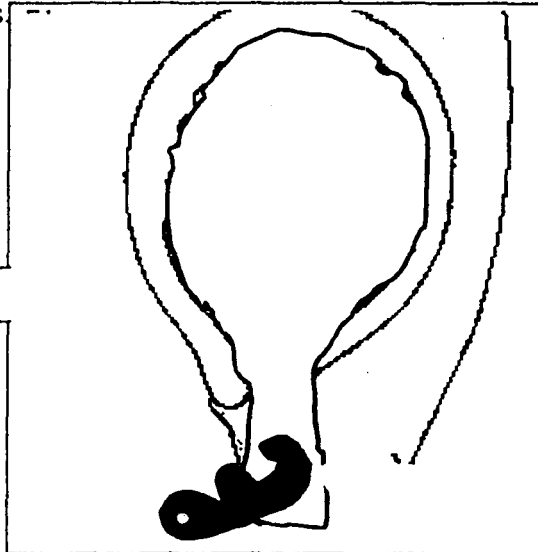
- 110) 13. MONDRAGÓN Enf...p.80
 111) 15. OLDS Enf...p.354-532-764.
 112) 17. REEDER Enf...p.p.33-480-1024..
 114) 16. PLM Edic...p.p.1986.

Aborto Completo.

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx-	TRATAMIENTO Tx-
Aborto Completo	Sangrado: Bajo. Dolor abdominal: No hay. Modificacione s cervicales: Dilatado Membranas Ovulares: Rotas	Cuadro Clínico, USG descartante. Analizando los restos ovulares.	> Ingreso de Urgencia. > Se debe valorar el practicar: LUI o AMEU.

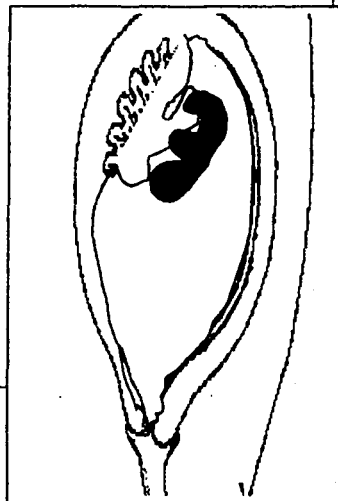
Aborto Completo

(115)



Aborto Diferido o Retenido.

TIPO DE ABORTO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓ- TICO Dx.-	TRATAMIENTO Tx.-
Aborto Diferido o Retenido.	Sangrado: No hay Dolor abdominal: No hay. Modificaciones cervicales: No hay. Membranas Ovulares: Integras.	Cuadro clínico, más exploración. Continuo en las consultas Prenatales (por falta de crecimiento o ligera disminuciónU terina.) USG A descartar efecto de dopler negativo.	➤ Ingreso de Urgencia. Se debe valorar el practicar tratamiento con prostaglandinas (dependiendo si hay dilatación cervical o no), para efectuar el LUI o AMEU.



(116)(117)

Aborto Diferido

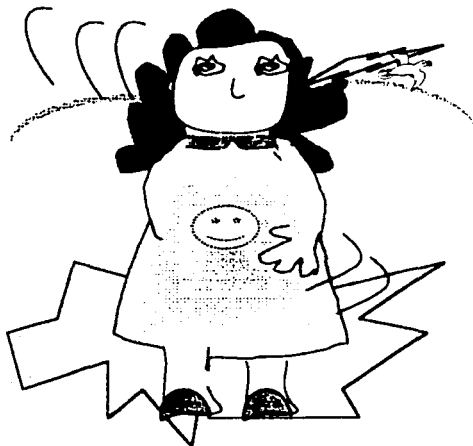
116) 13.)MONDRAGÓN Enf...p.p. -80-165 .

117) 15. OLDS Enf...p.p. 764.

11.3. SIGNOS DE ALARMA DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.

Durante el Embarazo.

➤ <i>Sangrado Vaginal</i>	(Desprendimiento placentario y/o dilatación cervical).
➤ <i>Acufenos y Fosfenos.</i>	(HIE, Preclamsia)
➤ <i>Vómito persistente.</i>	(Hiperemesis Grávidica)
➤ <i>Disuria y/o hematuria.</i>	(IVU)
➤ <i>Cefalea continua.</i>	(HIE, Preclamsia)
➤ <i>Salida de flujo (patológico) y/o agua</i>	(ICU y/o RPM)
➤ <i>Ausencia o disminución de movimientos fetales.</i>	(Sufrimiento fetal, Obito)
➤ <i>Edema local o generalizado</i>	(HIA, Preclamsia)
➤ <i>Dolor abdominal, actividad uterina (antes de 38 SDG), cólico .</i>	(AA, menaza Parto Pre-termino).



Después del Parto (MADRE).

<p>Madre.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fiebre Pb.- <i>Infección Puerperal, Mastitis, etc.</i> ➤ Aumento del Sangrado transvaginal.Pb.- <i>Hemostasia incorrecta, discracias sanguineas,reciduos placentarios etc.</i> ➤ Sangrado o flujo fetido.Pb.-<i>Infección.</i> ➤ Dolor intenso (vientre y/o cabeza).Pb.-<i>HAS, Residuos placentarios,</i> 	<p>Bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad Respiratoria. ➤ Cambio de coloración (amarilla o azul). ➤ Fiebre. ➤ Muñón Umbilical con infección o mal olor. ➤ Estreñimiento. ➤ Llanto incontrolable. ➤ Que se queje.
--	--

11.4. Toxicomanías en el Embarazo.

Las sustancias y tóxicas más comunes en los últimos tiempos son: alcohol, tabaco, marihuana, cafeína, alcohol, anfetaminas, barbituricos, cocaína y crack.. Todos estos afectan a la mujer embarazada (estrés, desintegración familiar, dependencia, vasoconstricción, disfunción placentaria, contaminación en la Lactancia Materna) y al producto (Bajo peso al nacer, Sx. De Muerte Infantil repentina<dificultad respiratoria>, teratogénicos, deficiencia del desarrollo psicomotor.

- Acción de Enfermería.
- Orientación sobre el riesgo del binomio.

Manual de Consultoría en Atención Obstétrica de Bajo Riesgo.

- **Interconsulta con Psicólogo.**
- **Análisis del Comportamiento.**
- **Consulta Obstétrica semanal (Vigilancia de Signos Vitales y Estado Emocional.)**
- **USG Ginecológico cada 4 semanas y valorar interconsulta con Ginecólogo y/o Pediatra en caso de algún problema.**
- **Terapia Recreativa.**

12. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LACTANCIA MATERNA.

Concepto:

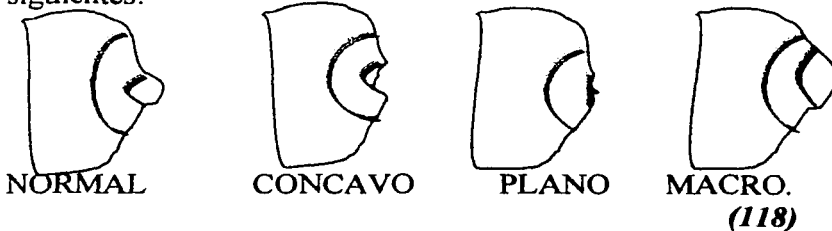
Es la participación de Enfermería en la prevención y atención de los métodos de ayuda para las madres y mantener un físico saludable, dar comprensión del proceso del embarazo así como del parto y evitar algunas patologías del embarazo y favorecer a la Lactancia Materna.

Objetivo:

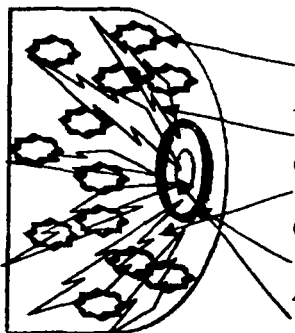
- Disminuir Patologías Inducidas por el Embarazo y Lactancia.
- Favorecer la relación del binomio.

12.1 LACTANCIA MATERNA Y PREPARACIÓN DE LOS SENOS.

La preparación de los senos se debe de realizar en cada embarazo Principalmente con la primigestas o madre que nunca han dado Lactancia Materna. El tratamiento depende de la exploración de mamas, valorando que tipo de senos tiene la Embarazada. Para dar masajes es necesario que tenga más de 30 SDG ya que con la estimulación de los senos se disemina la hormona prolactina que es parecida a la oxitocina que es un activador uterino y nos podría provocar contracciones antes de tiempo. Los tipos de pezón son los siguientes:



ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA Y MASAJE.

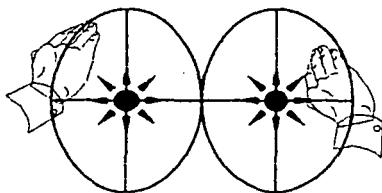


Anatomía de la mama.

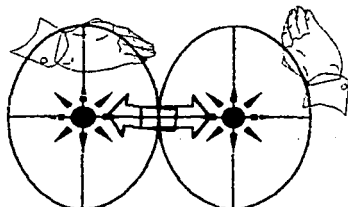
Alveolos mamarios
Conductos mamíferos
Conductillos lactíferos
Areola

Pezón

Masaje de las mamas.-



Dar masaje giratorio, alrededor de las mamas en forma de caracol oprimiendo ligeramente la mama para descongestionar a los alveolos.



Masaje de barrido, oprimiendo ligeramente con el borde de la palma de la mano de la periferia hacia el centro de la mama para dirigir la producción láctea hacia los conductillos mamíferos y facilitar la succión. (119)(120)

119) 17. REEDER *Enf.*... p.p. 766.

120) 15 op cit... p.p. 364.

12.2. PSICOPROFILÁXIS O MÉTODO LAMAZE.

Psicoprofiláxis es el método para preparación del nacimiento y que incluye:

- ❖ 1.-Desarrollo y crecimiento del Bebé.
- ❖ 2.-TDP (Trabajo de Parto).
- ❖ 3.-Parto
- ❖ 4.-Cuidados del Recién Nacido y de la Madre.


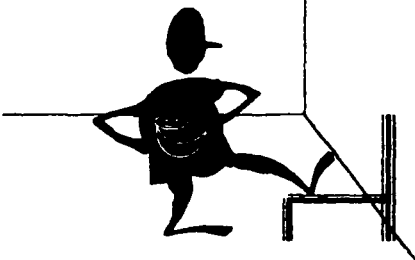
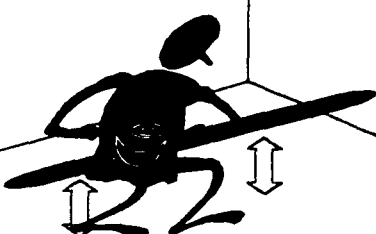
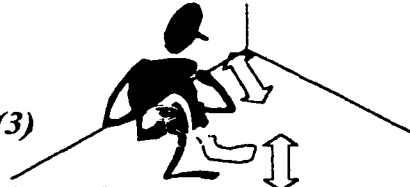
Dicho método se aplica en las embarazadas a través de un curso, en el cual preparan a la futura madre para un control mental del dolor en el TDP y Parto, esto se logra con pláticas de dichos temas y un entrenamiento de ejercicios; respiraciones rápidas, profundas, poco profundas; pujo; relajaciones y cuidados a los padres y /o los familiares más cercanos del recién Nacido. El desarrollo de los temas se divide en trimestres, esto es con el objetivo que la madre valla disuadiendo sus dudas a medida que va avanzado el embarazo.

- ❖ Tema 1 : 1er. Trimestre.
- ❖ Tema 2 : 2º. Trimestre.
- ❖ Tema 3 : 3er. Trimestre.
- ❖

Y cada plática va acompañada por una sesión de ejercicios diseñados especialmente para embarazadas; ejemplos:



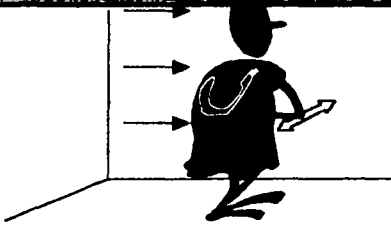

Al iniciar siempre cada sesión de ejercicios de debe realizar por lo menos 10 min. De calentamiento y estiramiento muscular.

	<p>❖ Caminar 30 segundos de puntas y 30 segundos de talones, repetir hasta completar 2 minutos.</p>
	<p>❖ Sobre una silla o una mesa subir una pierna manteniendo las rodillas bien estiradas y manos en la cintura. Al respirar flexionar al tronco bajando hacia la pierna levantada y al exhalar enderezar el tronco (repetir 5 veces).</p>
	<p>❖ Con las piernas separadas, realizar sentadillas apoyándose sobre la pared o un barandal. Al bajar inspirar y al subir exhalar lentamente.</p>
<p>(3)</p> 	<p>❖ Piernas separadas y flexionadas, manos en rodillas y tratando de alcanzar el tronco. Al inspirar relajar el vientre y al exhalar contraerlo.</p>

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN

Ejercicios Pectorales y decúbito.

Manual de Consultoría en Atención Obstétrica de Bajo Riesgo.

	<p>❖ <i>Alta altura del ombligo, brazos flexionados, manos entrelazadas, al inspirar contraer con fuerza mano contra mano y relajar exhalando. (Repetir 5 veces).</i></p> <p>❖ <i>Mismo ejercicio a la altura del pecho y cabeza.</i></p>
	<p>❖ <i>Cuerpo recto, piernas separadas, manos entrelazadas en la nuca. Inspirando jalar codo hacia atrás estirando bien la espalda y al exhalar relajar volviendo a la posición inicial. (Repetir 5 veces).</i></p>
	<p>❖ <i>Espalda recta alternando brazos, tratando de alcanzar la punta de los pies. (repetir 5 veces en ciclos de 10 tiempos). No doblar las rodillas en los posible.</i></p>
	<p>❖ <i>Colocar las manos en nunca y levantar las piernas alternando en lo posible. (Realizar 5 ciclos de 5 veces cada uno). (3).</i></p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO DEL BINOMIO

Concepto :

Es la participación de Enfermería en la atención del puerperio del binomio y favorecer la relación de ambos en sus tres esferas bio.psicó-social.

Objetivo:

- Orientar a la Madre como a los familiares de la importancia de la Lactancia Materna y de los cuidados puerperales.
- Propiciar el autocuidado en la madre sobre su atención puerperal del binomio y desfavorecer a los mitos sobre su puerperio.

Cuidados Específicos de la Madre y el Infante.

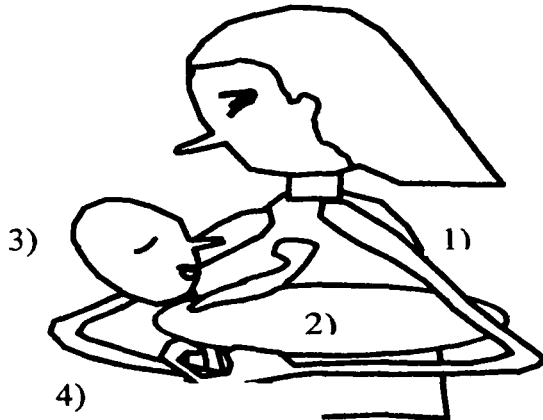
Cuando la madre y el bebé son dados de alta es importante, que se encuentren instruidos los padres o los familiares más cercanos sobre los cuidados que se deben de tener con el binomio.

Madre.-

- Abstinencia Sexual por cuarenta días.
- Baño completo diario con cambio total de ropa.
- Dieta: Baja en irritantes (no picante, carne de puerco, refresco); Rica en fibras (verduras: espinacas, acelgas, calabaza, lechuga, etc).
- Reposo relativo (caminar diario sin cansarse).
- Mantener la herida limpia y seca.
- Realizar masaje y fomentos de agua tibia en mamas.

Recién Nacido RN.-

- Lactancia Materna exclusiva y a libre demanda (no téis, atoles, etc).
- Baño completo diario con cambio total de ropa.
- Baño de sol diario durante 20 min. Desnudo sólo tapando ojos y genitales; (en caso de no haber sol se puede sustituir con una lámpara con un foco azul de 60 watts a la distancia de un metro de alto).
- Mantener la cicatriz Umbilical limpia y seca (no fajar ni aplicar nada).
- Propiciar la expulsión de gases (con masaje y cambios de posición).
- Llevarlo al Centro de Salud más cercano para su aplicación de vacunas y Tamiz Neonatal.

Posición para Lactancia Materna


1. Colocarse con la espalda recta.
2. Colocarse al Infante longitudinalmente, procurando que choquen los abdómenes .
3. Dejar que el Infante recargue su cabeza en el antebrazo.
4. Los brazos del Infante deben estar libres.

Anexos

**MODELO
CARNET**



Doblar por la mitad.

<p>Historia clínica: A.P.F.- Ca () HAS () Diabetes M. ()Cardiopatías () Otra _____ A.P.P.- Ca () HAS () Diabetes M. ()Cardiopatías () Otra _____ A.G.O.- Menarca _____ Ciclo M _____ X _____ I.V.S: _____ N.P.S: _____ M.P.F: _____ G _____ P _____ C _____ A _____ F.U.M: _____ F.P.P: _____ Observaciones: _____ _____</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Ecofarmacias Farmacias</p> </div> <p>Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____ Escolaridad: _____ Religión: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Alergia: _____ Hábito Tóxico: _____ L.E.O.: _____ Dirección: <i>Av. Del trabajo s/n San Andrés Chiautla Edo. Mex. 95 39518 y 95 31549.</i></p>
---	---

Fecha	T/A	SDG FUM	SDG USG	F.U.	P.P.D.	FCF	Fj, Em,G	VAREF FE, Mov F.	Obser vac...

Historia Clínica.-

Nombre del Paciente: _____
 Nombre del Padre: _____
 Edad: _____ Edo. Civil _____ Escolaridad: _____
 Religión: ____ Tipo Sanguíneo(ambos) _____ Ocupación: _____
 Alergia: _____ Hábito Tóxico: _____

A.P.F.- Antecedentes Patológicos Familiares:

✓ Ca () _____
 ✓ HAS () _____
 ✓ Diabetes M. () _____
 ✓ Cardiopatías () _____
 ✓ Otra _____

A.P.P.- Antecedentes Patológicos Personales:

✓ Ca () _____
 ✓ HAS () _____
 ✓ Diabetes M. () _____
 ✓ Cardiopatías () _____
 ✓ Otra _____

A.G.O.- Antecedentes Gineco- Obstétricos.

Menarca _____ Ciclo M. X _____
 I.V.S: _____ N.P.S. _____ M.P.F. _____
 G _____ P _____ C _____ A _____ F.U.M. _____
 F.U.P. _____ F.P.C: _____
 F.U.DOC _____ FUEM _____

Control de Citas:

Fecha	T/A	SDG FUM	SDG USG	F.U.	H	P	D	FCF	Fj	Em	G	VAREFF E, Mov F.

Reporte de Estudios.-

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Observaciones: _____

BIBLIOGRAFÍAS.

- 1) Antología de Genética
Edición: ENEO-UNAM 99.
- 2) BEISCHER Enfermería Obstetrica y neonatología
México 1999 Mc Graw Hill.
- 3) Código de Ética de Enfermería.
México 2001. Secretaria de Gobernación. Fascículo 9º.
- 4) Diccionario Larousse.
México 1999.
- 5) Enciclopedia cibernética: Encarta Microsoft 2000.
- 6) ENEO- UNAM. Plan de Estudios del L.E.O.
Folleto Informativo. México 2001.
- 7) Grupo de Estudios al Nacimiento (GEN).
Defectos al Nacimientos. *Folleto* México 1999.
- 8) Centro de Investigación Materno Infantil (CIMIGEN)
Sistema para la detección de Riesgo Perinatal. *Folleto* México 1999.
- 9) HENDERSON-NITE Enfermería teoría y práctica. Vol. 1
Editorial Prensa México 1987.
- 10) HENDERSON-NITE Enfermería teoría y práctica. Vol. 1
International Council of Nurses (ICN) *Folleto* U.S.A. 1960.
- 11) Ley General de Salud.
Editorial: Porrúa. México 1993.
- 12) Fundación Gen (FUNDAGen)

Método Lamaze. *Folleto México 2000.*

13)MONDRAGÓN Obstetricia Basica.
Editorial Trillas, México 1998.

14)Norma Oficial Mexicana de los
Servicios de Planificación Familiar
Nom-005SSA2-1993.

15)OLDS, Enfermería Materno Infantil
Editorial Mc Graw Hill .México 1997.

16)PLM Edición Mexicana.
2000 versión CD-ROM.
Ediciones Farmaceuticos Unidos.

17)REEDER Enfermería Materno Infantil
17ª. Edición Mc Graw Hill México 1995.

18)RIGOL Manual de Obstetricia y Ginecología.
Instituto de Ciencias Medicas Habana Cuba 1987.

19)UNAM- ENEO Servicio Social y Trámites para la titulación
Folleto Informativo. México 2000.

20)VILLAQUIRAN Gestación y Parto
Guía 3 Seguro Social
Colombia 1998.

21)YOKOCHI Atlas de anatomía.
Edición Interamericana 1995.